

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules GOUGUET DE GIRAC

Né à Prouzel (Somme), le 28 juillet 1882

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Lésions traumatiques du Mésentère

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

88

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules GOUGUET DE GIRAC

Né à Prouzel (Somme), le 28 juillet 1882

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Lésions traumatiques du Mésentère



Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique.	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et Clinique de la première enfance.	MARFAN

A GRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCOQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMARES	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU (1904-1905)

MONSIEUR LE DOCTEUR LION (1905-1906)

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE (1906-1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR RÉNON (1907-1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT (1908-1909)

Internat

M. LE D^r KLIPPEL (1909-1910) *Internat provisoire*

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNARD (1910-1911)

M. LE DOCTEUR PICQUÉ (*in memoriam* 1911-1912)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL (1912-1913)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL (1913-1914)

MM. LES DOCTEURS MAUCLAIR, BAUDET,
GRÉGOIRE, DESCOMPS, DEVRAIGNE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LÉSIONS TRAUMATIQUES
DU MÉSENTÈRE

Les lésions traumatiques du mésentère si banales à l'occasion des plaies pénétrantes de l'abdomen dont les cas se multiplient à l'infini au cours de la guerre actuelle, auraient pu nous paraître un sujet d'étude médiocrement intéressant, si un fait récent survenu au milieu de circonstances très particulières et qu'il nous a été donné de suivre dans des conditions également très spéciales, n'avait vivement attiré notre attention sur elles.

Il s'agissait d'ailleurs alors d'un cas de lésion traumatique du mésentère, non pas à l'occasion de plaie pénétrante, mais à l'occasion d'une contusion de l'abdomen.

L'atteinte du mésentère dans les contusions de l'abdomen pour ne pas être d'une exceptionnelle rareté, n'en est pas moins d'observation très peu courante : c'est alors la déchirure du mésentère, la seule lésion viscérale existante, le fait qui, par conséquent, régit le tableau clinique, fait toute la gravité de l'état du blessé et inspire la thérapeutique à mettre en œuvre. Existant en dehors de toute autre

lésion traumatique intra-abdominale, sa séméiologie lui est bien propre, et ce qui fait précisément tout l'intérêt de son étude, c'est que, malgré sa pureté, elle reste extrêmement fruste, et par suite de diagnostic extrêmement difficile, au moins pendant les premières heures.

Cependant, le diagnostic fait, l'intervention décidée, la laparotomie pratiquée, la confirmation du diagnostic réalisée, quelle conduite tenir? Tel est le problème primordial à résoudre; et ce problème reste le même, qu'il s'agisse de déchirure du mésentère, ou de plaie du mésentère au cours de plaie pénétrante de l'abdomen; et c'est parce qu'il est possible de grouper un plus grand nombre de faits de plaies de l'abdomen, que nous avons résolu de ne pas restreindre notre sujet à l'étude des déchirures du mésentère, afin de pouvoir reporter nos conclusions au point de vue thérapeutique, des faits multiples de plaies du mésentère, à ceux plus rares de déchirure.

Nous nous attacherons donc à montrer tout le flou de la symptomatologie de la déchirure du mésentère, et à mettre en lumière quels sont, en conséquence, les éléments à rechercher très minutieusement qui permettront de poser le diagnostic.

Enfin nous dirons, quelles déductions thérapeutiques il semble logique de tirer de l'étude des cas observés ou rapportés.

PRÉFACE

Nous ne voulons pas commencer cette étude sans avoir assuré de notre très vive reconnaissance, M. le Dr Walther qui a bien voulu nous autoriser à rapporter ici l'observation la plus intéressante de ce travail et qui a bien voulu nous fournir lui-même les détails de l'intervention.

Nous tenons aussi à adresser à notre excellent maître, M. le Dr Demoulin, nos remerciements les plus vifs pour les précieux conseils de chaque instant, qu'il nous a donnés au cours des deux années que nous sommes restés auprès de lui. Ce n'est pas seulement au chirurgien dont l'érudition et les qualités de rigoureux clinicien sont si hautement appréciées de tous, que nous adressons l'expression de notre très respectueux et affectueux attachement, mais aussi à l'homme qui a consacré toute son existence à se dévouer à autrui, amis, élèves, malades, donnant l'exemple quotidien du devoir accompli avec une abnégation et un courage poussés à l'extrême.

A notre maître, M. le Dr Rieffel, nous adresserons aussi le témoignage de notre gratitude pour la bienveillante confiance dont il a fait preuve vis-à-vis de

nous au cours de nos deux dernières années d'inter-nat, passées dans son service, et grâce à laquelle, à l'école de ses excellents préceptes, a pu se faire notre éducation chirurgicale.

Ici encore nous voulons apporter l'hommage de notre reconnaissance à notre collègue Jean Gnelfucci, qui nous a souvent aidé dans notre tâche, et qui s'est acquis tant de titres à notre profonde amitié, au cours de nos déjà longues années de collaboration.

OBSERVATIONS

Nous pouvons rapporter ici trois observations personnelles de lésion traumatique du mésentère, lésions de caractère différent et survenues dans des circonstances différentes ; nous les mentionnerons les premières.

Le fait le plus pur et qui peut servir de type de description est celui que nous avons observé à l'hôpital Boucicaut, dans les conditions suivantes :

Lésion traumatique du mésentère, au cours d'une contusion de l'abdomen (Service de M. le Dr Demoulin).

25 août 1917. — Nous sommes appelé à 2 h. 1/2 du matin, auprès d'un homme de cinquante-huit ans, M. G..., qui la veille vers 9 h. 1/2 du soir, a été victime aux environs de Paris, d'un grave accident d'automobile.

Il revenait d'un voyage effectué en compagnie d'un ami, quand, la nuit étant profondément noire, le chauffeur de sa voiture, une limousine puissante, lancée à toute allure, aperçut brusquement devant lui, sur la route, à très courte distance, un attelage cheminant dans la même direction, et dont aucun fanal ne révélait la présence. Un

coup de frein, un coup de volant, et la limousine était projetée du côté droit de la route où elle se trouvait, sur le bas-côté gauche, ayant fait plusieurs tours sur elle-même, les roues complètement brisées, les vitres en miettes, la carrosserie très endommagée.

Cependant les voyageurs se dégagent rapidement et constatent qu'à part des plaies superficielles, surtout pour le compagnon de notre blessé, qui a été projeté contre les vitres, il n'y a pas plus de mal qu'une grosse émotion.

A pied, tous deux se rendent à la localité la plus voisine, à environ 1500 mètres du lieu de l'accident et se font ramener à Paris. Avant de rentrer à leur domicile, familiers de l'hôpital Boucicaut, tous deux s'y font conduire pour y être pansés, et y recevoir une injection de sérum antitétanique.

Le blessé descend devant la porte de l'hôpital et va à pied jusqu'à la salle de pansements : il marche assez facilement se plaignant seulement un peu de la jambe droite.

L'élève faisant fonction d'interne de garde, panse les plaies ; une plaie superficielle du cuir chevelu au niveau de la région occipito-temporale droite, et quelques érosions à la face dorsale des mains.

Il fait une injection de sérum antitétanique au niveau du flanc droit ; il ne constate à ce moment, absolument rien d'anormal du côté de l'abdomen. Cependant, il remarque que notre blessé, bien que moins touché en apparence que son compagnon, est un peu plus pâle que lui, paraît plus déprimé, à peine pourrait-on dire un peu plus shocké. Ce n'est là d'ailleurs que l'impression d'un moment ; cette défaillance est vite surmontée ; aussi ne retient-elle pas l'attention, et est-elle attribuée à l'impression de la piqûre

de sérum, peut-être simplement à une émotivité particulièrement accusée.

Le pansement et l'injection terminés, M. G... reste debout une dizaine de minutes, dans la salle de pansement, et, disant ne pas éprouver autre chose qu'une grande lassitude regagne son domicile. Il est resté en totalité à peu près cinquante minutes à Boucicaut : il est environ minuit quand il quitte l'hôpital.

Rentré chez lui, après s'être mis au lit, il éprouve un malaise indéfinissable, qui au bout d'un moment, aboutit à un certain degré d'anxiété ; celle-ci s'accuse de plus en plus et une heure après environ, il est pris de douleurs abdominales, qui d'abord sourdes, se marquent de plus en plus, et se manifestent rapidement continues mais entrécoupées de crises paroxystiques, notamment à l'occasion d'une émission d'urine.

Les phénomènes douloureux n'ayant aucune tendance à s'amender, le blessé prend la décision de revenir à Boucicaut, où il arrive à peu près à 2 heures du matin, en voiture.

L'élève faisant fonction d'interne de garde, constate une modification très nette du facies du blessé, par rapport au moment, où, deux heures auparavant, il faisait son pansement. La pâleur de la face est très accusée, les traits sont tirés, crispés par la souffrance extrêmement vive. Le regard est angoissé : le pouls est rapide, irrégulier, filant. L'élève, qui a consacré quelque temps de son externat à un service de chirurgie, pense que les douleurs abdominales, associées à un état général aussi précaire, peuvent témoigner d'une lésion grave intra-abdominale. Malgré cela tandis qu'il nous appelle auprès du blessé, il prescrit une potion de Todd pour lutter contre la tendance synco-

pale, et une injection de morphine pour combattre les phénomènes douloureux.

A notre arrivée, nous trouvons, en raison de cette thérapeutique, sans doute, un homme dont la pâleur, à la lumière électrique ne nous paraît pas excessive, avec des lèvres peu décolorés, et reposant d'un sommeil, très léger d'ailleurs, mais parfaitement calme.

Le blessé nous raconte l'histoire de son accident, avec la plus grande netteté ; nous insistons, ayant constaté qu'aucune érosion, aucune teinte ecchymotique ne marque la peau de l'abdomen, pour savoir si dans le choc, le blessé ne s'était pas rendu compte d'avoir été projeté en avant sur un corps dur, ou frappé par un débris quelconque de la voiture au niveau du ventre.

Le blessé est formel : il a eu la sensation de ne pas avoir bougé de place ; il nous dit textuellement : cela a été si rapide que je ne sais pas ce qui s'est exactement passé ; je ne dis pas qu'il est impossible que j'aie été touché au ventre, mais je n'en ai eu nullement conscience et je n'en ai conservé aucun souvenir après l'accident.

A ce moment, l'état général du blessé est bon, le pouls est régulier, assez bien frappé ; il est à 76.

Le blessé, quelques instants après son hospitalisation, alors que les douleurs sous l'influence de la thérapeutique instituée, avaient disparu, a pu émettre une centaine de grammes d'urine sans souffrir. Il dit aussi avoir été soulagé après avoir rendu du gaz.

A l'inspection le ventre ne présente rien de particulier, pas la moindre trace de contusion sur la peau ; pas de ballonnement anormal, le ventre respire bien ; la paroi suit normalement les mouvements respiratoires.

La palpation ne révèle de contracture ni généralisée, ni localisée : elle ne révèle pas davantage de sensation de plénitude, d'empâtement profond. C'est à peine, si elle réveille une légère douleur, inconstante, se déplaçant au cours de l'examen, mais se localisant cependant plutôt dans le flanc gauche et vers l'épigastre.

La percussion donne des indications plus nettes : submatité franche dans le flanc gauche, submatité moins franche dans la fosse iliaque du même côté ; pas de sonorité tympanique par ailleurs, matité hépatique tout à fait normale.

Ces symptômes nous paraissent très importants ; cependant l'état général reste tellement intact que nous craignons de nous suggestionner et que nous sommes heureux de pouvoir avant de prendre une détermination, demander à M. le Dr Demoulin, qui, momentanément habite l'hôpital, de bien vouloir examiner lui-même le blessé.

Notre maître, confirme notre conclusion, et dès lors l'intervention semble s'imposer ; nous en informons le blessé qui exprima le désir de voir le chirurgien de sa famille, M. le Dr Walther, qui est pour lui un ami d'ancienne date.

L'état du blessé étant très satisfaisant, cette solution ne nous paraît pas avoir d'inconvénients, et nous prescrivons l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen, en attendant l'arrivée de l'opérateur ami, qui entre dans la chambre du blessé un peu plus d'une heure après, c'est-à-dire vers quatre heures et demie.

Entre temps, une demi-heure environ, après l'examen dont nous venons de rapporter le détail, nous revoyons le blessé : il est calme et ne souffre pas, il dit ne pouvoir se plaindre d'aucun malaise précis, mais, qu'il a « la sensation

de quelque chose d'anormal dans le ventre. » Cependant, le facies est un peu altéré : le front est couvert de sueurs : le pouls s'est modifié : il est à 120 environ, petit et fuyant.

Du côté de l'abdomen, la percussion nous confirme la zone de matité, étendue à la fosse iliaque gauche et au flanc gauche : elle nous révèle que la matité a gagné la ligne médiane, on la trouve autour de l'ombilic ; guère au-dessous de l'ombilic, mais au contraire au-dessus, vers l'épigastre ; dans cette localisation, elle ne franchit qu'à peine la ligne médiane.

On fait cinq centimètres cubes d'huile camphrée : le pouls se remonte rapidement : il est de nouveau assez bien frappé, au bout d'un moment, vers 82, 84.

A l'arrivée du chirurgien, appelé, nouvel examen du blessé, dont l'état, sous l'influence de l'huile camphrée, s'est très amélioré. Il est tout à fait comparable à celui que nous avons constaté, quand nous avons vu le blessé pour la première fois, c'est-à-dire environ deux heures auparavant.

La percussion pratiquée devant nous, ne fournit plus les mêmes renseignements, à notre grande surprise : la zone de matité a disparu ; la percussion donne ce que nous appellerons volontiers des signes neutres : il n'y a plus de matité, mais il n'y a pas non plus de sonorité franche, cependant pas de différence appréciable avec les renseignements que fournit la percussion d'un ventre absolument normal.

Bien que nos constatations personnelles aient été vérifiées par M. le D^r Demoulin, nous tenons à pratiquer de nouveau nous-même la percussion, pour nous assurer que nous ne nous sommes pas suggestionné, et nous

sommes obligé de conclure que les symptômes se sont modifiés.

Nous voilà donc en présence de nouveau d'un tableau clinique tout à fait rassurant, et si nous n'étions pas aussi profondément convaincu de ne pas nous être trompé, nous en serions au regret mêlé d'humiliation d'avoir dérangé inutilement en pleine nuit, le chirurgien ami du blessé, qui est bien forcé de conclure de la négativité de ses investigations, à l'inexistence d'une lésion intra-abdominale, et pour qui notre parole ne peut être un élément de conviction suffisant du contraire.

A ce moment, pour complément d'information, il est demandé au blessé s'il ne pourrait pas donner des urines; celui-ci répond par l'affirmative et joignant le geste à la parole, se met prestement à deux genoux sur son lit pour émettre environ 150 grammes d'urine sans la moindre difficulté; il reprend sa place dans le lit avec la plus grande aisance sans se plaindre de la moindre douleur abdominale, ou même de la moindre gêne. La façon dont s'accomplit cette manœuvre semble constituer la preuve irréfutable qu'il n'existe pas de lésion viscérale intra-abdominale.

Cependant nous insistons encore : nous avons trouvé des symptômes alarmants, symptômes physiques et symptômes fonctionnels, à deux reprises, et pendant que l'on discute des phénomènes contradictoires constatés d'un moment à l'autre, on prend la température : elle s'est élevée un peu au-dessus de 38 degrés.

En conséquence il est décidé qu'il n'y a pas lieu d'intervenir, actuellement, et que le blessé sera simplement surveillé d'une façon très attentive pour que l'opération soit

pratiquée dans le plus bref délai si des symptômes alarmants se manifestaient.

Cependant vers 5 h. 1/2, avant de partir nous reposer chacun de notre côté, nous passons auprès du blessé dans l'intention de lui dire au-revoir, plutôt que de le revoir — mais cette intention est bien vite modifiée.

En effet dès que nous pénétrons dans la chambre, notre conviction est faite : le facies s'est tellement altéré en quelques instants, que nous n'avons pas besoin de constater que le poulx est redevenu filiforme et de nouveau accéléré aux environs de 130 pour décider l'intervention immédiate.

Nouvelles injections d'huile camphrée, 10 centimètres cubes, tandis que tout est préparé pour l'opération.

Alors que le blessé est sur la table, à la lueur de la lampe à réflecteur, nous découvrons et faisons constater sur la paroi abdominale, à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, une ecchymose ayant des dimensions un peu supérieures à celles d'une pièce de 2 francs, ecchymose bleu-violacé, assez discrète, nette cependant, mais sans aucun doute d'apparition très récente.

Le blessé est endormi à l'éther, de préférence au chloroforme malgré l'âge de l'opéré, en prévision d'une durée assez prolongée de l'intervention et parce que l'éther, sans aucun doute, convient mieux aux états de shock.

Intervention chirurgicale. — Une incision médiane sus et sous-ombilicale est pratiquée qui permet de constater la présence d'un peu de sang sur les premières anses grêles qui se présentent à la vue à l'ouverture du ventre.

A l'exploration de l'estomac, de la rate, rien de particulier.

Entre les anses grêles on voit un caillot : en le suivant, on est conduit vers le flanc droit et la fosse iliaque droite : un débridement latéral droit est pratiqué au niveau de l'ombilic.

L'exploration ne tarde pas à révéler d'ailleurs, que le mésentère est le siège d'un hématome très considérable. Sur toute sa hauteur, depuis sa racine jusqu'à l'intestin et sur une très notable partie de sa longueur, il constitue une véritable tumeur hématique, poche de sang demi-liquide, mélangé de gros caillots, qui distend les feuillets droit et gauche, les épaisit, les infiltre, leur donnant un aspect brun noirâtre, infiltrant jusqu'à la paroi intestinale elle-même, elle aussi œdématiée et modifiée très notablement dans sa teinte sur presque toute sa portion répondant à l'hématome intra-mésentérique, son épaissement semblant rétrécir le calibre de l'intestin.

On enlève plusieurs caillots, la valeur de deux pleines mains à peu près, et on découvre après nettoyage aux compresses, une large plaie contuse du mésentère, plaie large de quatre travers de doigt environ, siégeant sur la base du mésentère, au-dessus de l'angle iléo-cæcal.

Sur ses bords irréguliers, épaisis, on pince deux artères qui saignent. Autour de la brèche, on voit trois artères dénudées, contusionnées, oblitérées. La plaie saigne peu au moment de l'intervention.

Il n'y a pas d'autre lésion soit au niveau du mésentère, soit au niveau de l'intestin.

Suites opératoires. — Le réveil du sommeil anesthésique se fait normalement ; il est plutôt rapide.

Le soir la température est à 38°6 ; le pouls est toujours aux environs de 120, assez bien frappé. D'ailleurs des injections d'huile camphrée répétées, ont été pratiquées ;

doses de 3 à 5 centimètres cubes toutes les trois heures environ.

Pas de selles, pas de gaz.

Le lendemain 26, la température est à 38 degrés le matin, 38°2 le soir. Le pouls est toujours rapide. Le blessé est très affaibli ; la nuit a été assez agitée. L'abdomen tend à se ballonner un peu ; une quantité d'urine qu'on peut évaluer à 500 grammes a été émise ; on pratique injections de sérum et huile camphrée.

Le 27, après une nuit mauvaise, la température est à 38 degrés, le pouls est plus rapide, plus mou, malgré l'huile camphrée injectée à hautes doses.

L'abdomen est ballonné et douloureux. Le blessé a un vomissement de liquide noirâtre, ayant l'aspect du marc de café ; on fait un lavage de l'estomac qui le soulage un peu ; cependant l'état général est mauvais, la face est baignée de sueurs.

Toujours ni selle, ni gaz

Le soir, la température est à 38°2 ; l'état général est de plus en plus mauvais ; le pouls de plus en plus rapide ; le blessé vomit plusieurs fois une quantité assez abondante de liquide ayant l'aspect indiqué plus haut.

L'état général est de plus en plus précaire, avec tendance à la syncope.

Le 28 la température est à 39°5 le matin, 40°2 le soir ; le pouls est très rapide et filiforme.

Le ventre est très météorisé ; l'affaiblissement est extrême. Il ne fait que croître le 29 ; la température est alors de 39°5 le matin, 39°2 le soir. Le pouls est incompréhensible. Cependant la lucidité d'esprit est parfaite, et le blessé déclare que tous les soins étant désormais inutiles,

il demande la suppression des injections d'huile camphrée qui ont été constamment renouvelées.

La mort survient le 29 à 11 heures du soir.

Cette observation réalise sans conteste le type le plus pur de lésion traumatique du mésentère. Si nous avons décrit avec un luxe de détails qui peut paraître superflu, les circonstances qui ont accompagné et suivi l'accident, si nous avons suivi pas à pas, le blessé depuis le moment où, sur la route, il a quitté sa voiture fracassée, jusqu'à celui où il a été conduit à la salle d'opération, c'est que nous avons trouvé là tout un ensemble de faits dont l'analyse nous a semblé bien instructive, et dont la succession nous paraît comporter un enseignement précieux.

Voilà un homme qui, sans avoir perdu un seul instant connaissance, sort par ses propres moyens, d'une voiture mise en pièces, avec l'illusion qu'il a été le témoin d'un grave accident, plutôt qu'il n'en a été la victime, tant il n'a aucune conscience d'avoir été contusionné. Quelques éraflures au niveau des membres et à la tête : c'est tout. Il fait un kilomètre et demi à pied, se félicitant d'avoir échappé à un gros danger : il se propose même, en raison de l'heure tardive de son retour au domicile, de ne réveiller personne. Un petit pansement protecteur à peine nécessaire, c'est tout ce dont il a besoin ; il passera le faire faire à Boucicaut. Là, une petite défaillance, au moment de l'injection de sérum antitétanique, vite surmontée, peut-être grâce un peu à la boisson alcoolisée qu'absorbe

le blessé, mais défaillance qui, sur le moment, ne paraît pas avoir d'autre signification, que celles auxquelles, au cours de nos gardes, nous avons assisté bien souvent, chez des individus n'ayant eu qu'une simple émotion.

A aucun moment le blessé ne se plaint du moindre malaise du côté de l'abdomen, et cependant il est 11 heures et demie du soir : l'accident s'est produit deux heures auparavant, c'est-à-dire que, depuis deux heures, le mésentère porte une déchirure de dimensions très notables et qui saigne ; sans doute, l'hémorragie ne se fait-elle que lentement et cela en raison de ce qu'il s'agit surtout d'une hémorragie mésentérique et que la nécessité de se frayer un chemin en dissociant les feuillets du méso, ralentit le débit du sang comme la nécessité de forcer la contre-pression créée par un hématome devenant de plus en plus volumineux. La lenteur relative de l'hémorragie est à notre avis, la raison pour laquelle les symptômes d'hémorragie interne ont été si vagues, au moins pendant les premiers instants qui ont suivi l'accident, qu'ils ont passé inaperçus.

Quoi qu'il en soit, nous retrouvons le blessé chez lui, et ce n'est qu'une heure environ après être rentré qu'il commence à accuser des phénomènes douloureux au niveau de l'abdomen ; l'accident est déjà éloigné de quatre heures. Pourquoi ces phénomènes douloureux ont-ils été si tardifs ? à quoi répondent-ils ? telles sont les questions que nous nous sommes posées et que nous avons cherché à résoudre. Nous avons pensé

que les phénomènes douloureux étaient sous la dépendance de l'accroissement de l'hématome, celui-ci en effet, atteignant un certain volume, par sa masse autant que par son action dilacérante sur les tissus mésentériques détermine de la compression des organes voisins, modifie leurs rapports, irrite les filets nerveux mésentériques et détermine peut-être aussi des contractions intestinales, expliquant les paroxysmes douloureux qui ramènent le blessé à Boucicaut ; et il est permis de supposer que la petitesse du pouls, son irrégularité, la tendance au collapsus observées par l'interne de garde, sont plus sous la dépendance de phénomènes nerveux, d'un véritable shock abdominal que de l'hémorragie, d'où l'explication du succès de la thérapeutique instituée, c'est-à-dire l'injection de morphine associée à l'huile camphrée et à la boisson tonique ingérée.

Les défaillances du pouls que nous avons observées nous-même à deux reprises, par la suite, ont-elles aussi été modifiées d'une façon bien rapide et bien complète pour avoir été causées uniquement par l'hémorragie ; nous pensons que si le facteur hémorragique entrait en ligne de compte en ce qui concerne les modifications passagères du pouls, c'était à un titre moindre que les phénomènes nerveux conséquence d'un reflexe ayant son origine au niveau des nerfs mésentériques.

Comment expliquer autrement en effet ces rapides retours à la normale de la pression sanguine recherchée à la radiale, sous l'influence de la médication

camphrée et ce maintien à la normale, en somme assez soutenu, par la suite. Nous ne sommes pas habitués à voir les choses se passer ainsi quand il s'agit d'une hémorragie vraiment capable d'influencer le pouls au moins tant que l'hémorragie non jugulée par un acte opératoire se poursuit.

Nous jugeons là, d'après le souvenir poignant de quelques-unes de nos gardes, où, jeune interne, en attendant le chirurgien appelé auprès d'une femme atteinte d'inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine malgré l'huile camphrée, la spartéine, le sérum injecté aussi abondamment que la prudence le commande, nous désespérions de voir le pouls se maintenir assez pour pouvoir escompter la possibilité de l'intervention ou de son succès.

Plus encore que ces faits, à notre sens, les modifications des symptômes physiques que nous relevons dans cette observation méritent d'attirer et de retenir notre attention.

En présence de tout individu, victime d'une contusion de l'abdomen, même peu grave en apparence, il est une ligne de conduite dont on ne doit jamais se départir : celle qui consiste à renouveler l'examen du blessé de trois en trois heures ; ce précepte formel enseigné avec les premiers éléments de la clinique chirurgicale et auquel nous avons eu l'occasion bien souvent de nous conformer, nous a permis dans un certain nombre de cas de découvrir au cours de l'un de ces examens successifs des symptômes positifs qui

n'existaient pas à l'arrivée ou peu de temps après l'arrivée du blessé à l'hôpital.

La réaction abdominale, pour des causes multiples, ne se manifeste pas immédiatement après le traumatisme. Elle apparaît au contraire quand il s'est écoulé un temps plus ou moins long, selon les circonstances diverses et surtout selon les lésions dont elle relève; ce sont là, notions absolument courantes. Ce que nous savons bien aussi, c'est qu'une fois apparus, les phénomènes traduisant l'existence d'une lésion viscérale, ils ne font que s'affirmer de plus en plus : contestables ou peu nets dès les premiers moments, ils deviennent plus ou moins rapidement de toute évidence.

La palpation qui tout d'abord ne révèle rien, révèle ensuite une légère contracture souvent localisée, puis une contracture de plus en plus accusée et généralisée.

La percussion qui n'avait d'abord décelé aucune anomalie décèle une légère submatité d'un côté, généralement au point déclive, puis une matité de plus en plus franche, qui s'étend peu à peu davantage.

En ce qui concerne notre blessé, cet enchaînement de faits rigoureusement logique et cette évolution des symptômes, dans un sens, qui, jusque-là nous semblait inéluctable, se sont trouvés à notre grande surprise, démentis au cours des examens fréquemment renouvelés du blessé.

Après avoir constaté lors d'un premier examen, une matité nette localisée à la fosse iliaque gauche et

au flanc gauche, puis lors d'un deuxième examen, une matité plus étendue, vers l'épigastre, autour de l'ombilic, et même un peu à droite de la ligne médiane, nous n'avons, à l'occasion d'un troisième examen, retrouvé aucune trace de matité.

Pendant l'heure et demie environ, qui a séparé cet examen du moment où l'intervention a été pratiquée, les choses ne se sont plus modifiées et la sonorité plus ou moins accusée, a subsisté partout.

Nous avons pensé que l'explication de ce phénomène pouvait résider dans ce fait qu'entre le premier et le troisième examen, une vessie de glace avait été appliquée sur l'abdomen. Nous savons que la glace convenablement disposée sur la peau du ventre a pour rôle de déterminer la condensation des gaz de l'intestin; mais sans aucun doute, l'action de la glace ne peut être qu'assez lente et ce phénomène physique de la condensation des gaz, ne peut être réalisée qu'après une application suffisamment prolongée de la glace sur l'abdomen. N'est-ce pas en effet au bout de douze heures et souvent davantage, après l'application de la vessie de glace que la douleur disparaît? Dans les réactions péritonéales de l'appendicite aiguë par exemple et bien davantage encore dans les annexites aiguës? N'est-ce pas au bout seulement de quarante-huit heures environ, que la température commence à baisser sous l'influence du refroidissement local? N'avons-nous pas vu assez souvent, la douleur et la température persister contre notre attente, pendant trois ou quatre jours, dans l'un ou dans l'autre

de ces cas, et cela pour la simple raison, qu'une infirmière timorée, avait laissé entre la vessie de glace et la peau une trop grande épaisseur de flanelle ?

Un certain nombre de fois nous avons fait cette constatation : la vessie était en place depuis trois ou quatre jours et n'avait été enlevée que juste le temps nécessaire pour la vider de son eau et la remplir de glace ; et cependant la peau elle-même n'avait pas subi la moindre diminution de température. Il suffisait de remédier à l'obstacle apporté à la réfrigération, pour que, dès le soir même, les malades puissent signaler un soulagement et que le lendemain la température commençât à baisser.

Pour obtenir la condensation des gaz intestinaux, il faut donc que la réfrigération ait pu agir sur eux et cela n'est possible de toute évidence, que si l'action du froid a pu les atteindre en gagnant progressivement les plans superficiels de la paroi, les plans profonds et enfin les tuniques intestinales.

La glace détermine d'abord un certain degré de parésie des muscles de la paroi, c'est pourquoi son application est suivie de la diminution plus ou moins notable de la contracture des muscles abdominaux.

Elle détermine ensuite, dès qu'elle l'atteint, la parésie de la tunique musculaire de l'intestin. Tant que ce stade n'est pas dépassé, tant que la réfrigération n'a pas été suffisante pour modifier la tension des gaz intestinaux, c'est-à-dire, tant que ceux-ci n'ont pas subi de condensation, les anses intestinales se trouvent distendues, dilatées, et cela d'autant plus

que la tunique musculaire parésiée, résiste moins à la pression gazeuse.

A notre avis, cela explique, que dans notre cas particulier, les anses intestinales dilatées pendant un certain laps de temps, ont, après avoir été soumises à l'action de la glace, pu avoir tendance à devenir plus superficielles, plus directement accolées à la surface profonde de la paroi abdominale, interposant leur sonorité, accrue, du fait de la parésie de la tunique musculaire, entre le doigt qui percute, et la tumeur plus profonde ou l'épanchement qui se trouve maintenu, selon les lois de la pesanteur dans les parties profondes et déclives de l'abdomen.

La modification des symptômes, dans le sens que nous avons indiqué, au cours de cette observation, est indiscutable : elle a été constatée et vérifiée par nous-même à diverses reprises ; elle a été confirmée par les examens de M. le Dr Demoulin.

Quant à l'interprétation que nous en donnons, elle nous paraît la seule plausible, et si nous l'avons développée aussi longuement, c'est que nous croyons très rares les occasions d'observer de tels faits ; il est cependant important à notre sens, de savoir que la seule application d'une vessie de glace peut changer les symptômes au point d'obliger à refuser le diagnostic fait par un observateur placé antérieurement dans des conditions différentes.

Au point de vue de la conduite thérapeutique à tenir, le fait est capital aussi, puisque s'il est méconnu,

il peut en résulter un retard susceptible de compromettre le résultat de l'intervention.

Mais avant tout, ce que nous démontre péremptoirement cette observation, c'est qu'il peut y avoir eu contusion abdominale violente, suivie de lésions intra-abdominales très graves, sans que le blessé ait eu la moindre conscience du traumatisme qui l'a atteint. A l'interrogatoire nous avons insisté beaucoup pour savoir s'il y avait eu contusion de l'abdomen : la notion d'une contusion, coexistant avec les symptômes signalés, imposait la conclusion en faveur d'une lésion viscérale et de l'intervention rapide : cette notion nous manquant, nous restions dans l'incertitude. C'est pourquoi M. le Dr Walther avait lui aussi tellement insisté auprès du blessé pour obtenir l'affirmation d'un traumatisme abdominal : sans nier la possibilité de ce traumatisme, à aucun moment le blessé n'a pu nous dire qu'il y avait des probabilités en ce sens. M. le Dr Walther, s'est renseigné auprès de ceux qui avaient approché le blessé avant l'accident et au moment de l'accident, il a pu de la sorte apprendre par la suite que M. G... portait en bandoulière un appareil photographique, un Vérascope qui, dans sa gaine, reposait sur l'abdomen. Or, au cours de l'accident l'appareil a été brisé, et sans aucun doute c'est lui qui a frappé au ventre le blessé, et très probablement au niveau de la région où nous avons découvert une ecchymose. Ainsi doit-il être établi que si après un accident grave, des phénomènes abdominaux se manifestent, il ne faut pas

attendre du blessé la confirmation de la contusion pour conclure à son existence.

Nous avons eu l'occasion d'observer encore personnellement au début de la guerre, une plaie du mésentère, existant en dehors de toute autre plaie viscérale, et conséquence, cette fois, non plus d'une contusion abdominale, mais d'une plaie pénétrante de l'abdomen.

Plaie du mésentère consécutive à une plaie pénétrante de l'abdomen (Observation personnelle) (service de M. le Dr Rieffel, Hôpital Saint-Louis).

C'est le 16 novembre 1914 que nous fûmes appelé à 6 heures du soir dans le service de M. le Dr Rieffel, à l'hôpital Saint-Louis, auprès d'un blessé que des policiers venaient d'amener.

Cet homme M. B..., âgé de vingt-sept ans, était occupé au titre civil à creuser des tranchées dans les environs de Lagny. Pris de boisson, il avait, la veille au soir vers 8 h. 1/2, injurié et tenté de frapper le chef d'une patrouille qu'il avait rencontrée : un des soldats lui avait plongé dans le ventre la baïonnette Lebel dont était armé son fusil ; sans doute l'acte avait-il été très rapide : personne ne s'était rendu compte de sa gravité car notre blessé maltraité, avait été purement et simplement conduit au poste de police où il avait été par la suite quelque peu malmené ayant tenté de nouveau de faire de la rébellion.

Ivre, lui-même ne s'était pas trouvé en état de constater et de signaler sa blessure de telle sorte que les symptômes de celle-ci s'il y en eut dès les premiers moments

furent mis sur le compte de l'ivresse, si bien que le prisonnier, enfermé dans le poste, passa toute sa nuit, couché sur le plancher.

Ce n'est que le matin vers 7 sept heures que le blessé qui, depuis un moment, se plaignait très vivement de douleurs abdominales, s'aperçut que son linge sur le ventre était souillé de sang, et que ce sang provenait d'une plaie d'ailleurs minime de la paroi abdominale. Les agents impressionnés par cette découverte et aussi par les souffrances évidentes et l'état de dépression du blessé, ne pouvant trouver un médecin dans le pays, pensèrent devoir, pour réagir contre l'état syncopal qui leur semblait menaçant, faire ingérer à leur malade force café et alcool, tandis qu'ils cherchaient un véhicule qui pût l'amener à Paris. Le blessé dut faire tout le trajet installé dans le fond d'une charrette et c'est ainsi qu'il arriva à l'hôpital à 5 h. 1/2 de l'après-midi.

Nous le vîmes très peu de temps après, il était très agité par les boissons toniques qui lui avaient été données, il était extrêmement pâle; ses lèvres étaient décolorées, sa langue était sèche, et il accusait une soif vive. Il se plaignait de souffrir violemment du ventre. Il n'avait pas eu de vomissement : sa température était à 38°5. Le pouls était très petit et rapide, aux environs de 110.

Au niveau de l'abdomen, à environ 2 ou 3 centimètres à gauche de l'ombilic et sensiblement à sa hauteur, on pouvait voir une petite plaie à peu près ronde, ressemblant un peu à celle que fait une balle de revolver du calibre de 6 millimètres. Elle avait saigné peu abondamment.

Le ventre était globuleux, mais pas dans toute son étendue, l'épigastre n'était pas, ou à peine distendu ; l'in-

dividu était maigre et sous la paroi abdominale peu épaisse, on voyait bomber une masse dont les contours apparaissaient relativement nets. A ce niveau le ventre était dur, résistant, donnant une sensation de réplétion; à la percussion matité absolue que l'on ne retrouvait pas au niveau de l'épigastre et des hypochondres où la sonorité était normale. Cet examen a été pratiqué sur la table d'opération avant que l'anesthésie fut commencée à l'éther après injection de 10 centimètres cubes d'huile camphrée. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Dès que les plans musculaires et aponévrotiques furent divisés le péritoine apparut, distendu, laissant transparaître une coloration brune foncée, exactement comme quand ils'agit d'une inondation péritonéale secondaire à une rupture de grossesse extra-utérine. L'incision du péritoine pratiquée, donne issue à une quantité abondante de sang noirâtre, liquide, s'échappant comme sous pression, exactement, nous le répétons, comme les inondations péritonéales des ruptures de grossesse tubaire. De grandes quantités de caillots plus ou moins volumineux sont extraits du ventre et nous commençons l'exploration méthodique des viscères creux de l'abdomen. Bien vite d'ailleurs nous découvrons une grosse masse au milieu des anses grêles, que nous reconnaissons pour être le mésentère : infiltré de sang, il constitue une véritable tumeur hématique, très volumineuse : ses deux feuillets sont maintenus à distance l'un de l'autre par la présence de gros caillots. Sur une grande partie de son étendue, bien au delà des limites de l'hématome intra-mésentérique, les feuillets du mésentère, infiltrés par le sang, sont considérablement épaissis, et présentent une teinte brun foncé, la portion de l'intestin correspondant à toute cette partie

infiltrée du mésentère, c'est-à-dire sur une longueur minimum de 1 mètre, est elle-même le siège d'une infiltration très accusée : au niveau du foyer hématique notamment, sur une longueur de 25 à 30 centimètres au minimum, la paroi intestinale est épaissie, œdématiée et présente une teinte brune très marquée : sur toute cette portion le calibre de l'intestin paraît rétréci, en raison de l'infiltration des parois.

Cette hémorragie qui s'est produite tant au dehors qu'au dedans du mésentère, provient d'une plaie irrégulière, à demi-béante, présentant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes environ, et siégeant à peu près à mi-distance de la racine et du bord intestinal du méso. Cette plaie ne saigne plus que très peu et au milieu des tissus mésentériques infiltrés constituant les bords de la plaie il est impossible de découvrir le vaisseau qui a saigné si abondamment : le saignement actuel très minime se fait en nappe : il semble qu'il s'agisse actuellement plutôt de l'écoulement au dehors très lent du sang liquide intramésentérique.

La perforation du mésentère est totale : le feuillet droit et le feuillet gauche sont intéressés au même degré.

Nous nous gardons bien de vider la poche mésentérique ainsi formée, des caillots qu'elle contient, la chose ne serait possible qu'en agrandissant la plaie soit d'un côté, soit de l'autre ; c'est une manœuvre qui ne serait pas sans danger et que nous ne considérons comme nullement indiquée,

Nous nous bornons à suturer très prudemment d'ailleurs au catgut n° 1 à l'aiguille, la plaie du feuillet gauche comme celle du feuillet droit. La suture s'accomplit aisément en serrant les fils avec modération, sans déterminer de saignement nouveau et sans déchirer les tissus très friables.

Il n'y a de plaie viscérale nulle part ailleurs.

La cavité abdominale est asséchée aussi complètement que possible : un drain est mis en place plongeant entre les anses intestinales, vers la racine du mésentère, au niveau de la portion lésée de ce méso.

La suture de la paroi abdominale est faite en trois plans.

De l'huile camphrée est injectée par doses fractionnées : cinq centimètres cubes toutes les trois heures. Pendant l'intervention une injection de sérum de un demi-litre a été pratiquée : un demi-litre est de nouveau injecté dans la seconde partie de la nuit. Dans les vingt-quatre heures suivantes, un litre de sérum sera denouveau injecté : nous préférons ne pas élever trop rapidement la pression artérielle.

Les suites opératoires sont simples : le lendemain de l'intervention l'état du blessé est bon : le pouls est bien remonté : il est encore rapide, aux environs de 100, en concordance d'ailleurs avec la température qui reste aux environs de 38°5 : la langue est humide ; les douleurs ont complètement disparu.

Le ventre est encore un peu gros. La palpation permet de percevoir profondément un empâtement dans la région ombilicale sans aucun doute en rapport avec la tuméfaction, nous serions tenté de dire la tumeur mésentérique.

Les jours suivants l'état du blessé reste le même : il rend des gaz mais il n'a pas eu de selles ; la température est toujours au-dessus de 38 degrés, cependant avec tendance à baisser ; le pouls reste aux environs de 100.

Au bout du sixième jour le drain ne laisse plus rien à écouler : l'aspiration ne ramène rien, cependant en raison de la température persistante, nous croyons préférable de ne pas supprimer le drainage, le drain est mobilisé, mais

non enlevé : le pansement aseptique sur le drain est très soigné ; nous veillons à ce qu'il soit épais, pour éviter toute infection possible de dehors en dedans ; nous raccourcissons légèrement le drain tous les deux jours et nous prenons des précautions afin que son extrémité ne soit pas appuyée dans la profondeur, pour éviter toute action ulcérannte au niveau de tissus peu résistants.

Au huitième jour, les crins ont été enlevés. Au douzième jour, la température étant à 37°6, le drain est supprimé.

La palpation du ventre ne donne plus à ce moment de signes bien nets : le ventre n'est cependant pas encore tout à fait souple.

Au dix-septième jour le blessé se lève, la température est maintenant à la normale.

Le blessé va à la selle régulièrement. Il peut quitter le service le vingt-deuxième jour après son entrée, ne présentant plus aucun phénomène anormal du côté de l'abdomen.

L'alimentation commencée avec prudence huit jours après l'opération a été progressivement augmentée, les fonctions intestinales s'accomplissent très normalement.

Cette observation a de nombreux points de similitude avec la précédente, elle nous montre que là encore les premiers symptômes ont été vagues, et que l'hémorragie avant de se révéler nettement, a dû atteindre une abondance vraiment impressionnante.

Il est vrai que le caractère insidieux de l'hémorragie a pu être dans ce cas particulier la conséquence de l'état d'ébriété du blessé, et il est possible que dans d'autres circonstances les premiers phénomènes révè-

lateurs du saignement intra-abdominal se soient révélés beaucoup trop tôt. Quoi qu'il en soit, si l'hémorragie s'est faite lentement, elle a été très abondante puisqu'elle constituait dans le mésentère, une tumeur hématique telle, qu'elle était visible sous la paroi abdominale qu'elle soulevait : en tous cas, elle avait dissocié, dilacéré les tissus mésentériques sur une large étendue, infiltré la paroi intestinale elle-même, sur une très notable portion.

Ces faits ont pu nous inciter à penser que des troubles graves pourraient frapper la vascularisation de la paroi intestinale et nous faire envisager un moment la nécessité de pratiquer la résection de la partie de l'anse intestinale ainsi atteinte, avec le foyer mésentérique ; mais nous avons pensé que la lésion vasculaire, en raison des dimensions minimales de la plaie, n'ayant eu que peu de chances de blesser plusieurs branches artérielles, l'état des tissus mésentériques et même de la paroi intestinale constituait une menace relativement minime, tandis qu'au contraire, la résection intestinale, et les délabrements qu'elle entraînerait, pratiqués sur un homme aussi affaibli que l'était notre blessé, serait une intervention de la plus grande gravité et à laquelle nous ne voyions que peu de chances de succès.

Les événements nous ont donné raison : et pour avoir préféré une menace aléatoire à un danger très certain, nous avons pu obtenir la guérison, rapide en somme.

Le troisième cas personnel, plus complexe, puisqu'il

s'agit de plaie du mésentère coexistant avec des plaies multiples des viscères abdominaux, et constitué par le fait suivant.

*Plaie du mésentère par balle de revolver. Service de
M. le Dr Demoulin (Boucicaut).*

Le 26 avril 1917 nous sommes appelé à 1 heure du matin, par l'élève faisant fonction d'interne de garde à Boucicaut, auprès d'une jeune femme, Marcelle C..., trente ans, qui a été amenée à l'hôpital pour tentative de suicide.

Cette femme domiciliée à 100 mètres de l'hôpital, vient il n'y a pas une heure, de se tirer dans le ventre une balle de revolver, calibre 8 millimètres, en plomb, avec une arme de valeur moyenne, genre bull-dog.

La blessée très pâle, très agitée, se plaint de douleurs abdominales violentes, douleurs généralisées à tout l'abdomen, continues, entrecoupées de paroxysmes: elle réclame à cors et à cris un soulagement.

Le pouls est rapide: au-dessus de 100, il est petit, mou: la face est baignée de sueurs. La température est à 37°5.

Il n'y a pas de sang dans les urines émises quelques instants après l'hospitalisation.

La part de l'élément nerveux est de toute évidence prépondérante dans ce tableau symptomatique: la blessée est effrayée des conséquences possibles de sa blessure: elle est en proie à une véritable terreur de la mort qu'elle redoute, et réclame qu'on mette tout en œuvre pour la sauver.

La balle a pénétré à environ deux centimètres à gauche de l'ombilic, et à trois travers de doigt au-dessus.

La peau ne présente pas de traces de brûlures et n'est pas noircie par la déflagration de la poudre : le coup de feu a été tiré sur la peau nue, sans interposition de linge : la blessée est droitière ; ces différents faits avec la localisation de la plaie et les blessures que nous trouverons à l'intervention, nous font penser d'ailleurs, que malgré les affirmations de la blessée, il s'agit plutôt d'un attentat que d'un suicide.

La plaie de la paroi ne saigne pas.

Le ventre est un peu globuleux : la blessée dit qu'il en est ainsi d'ordinaire.

La palpation révèle une contracture généralisée.

La percussion ne décède rien de net : l'abdomen est douloureux partout.

L'intervention, malgré le peu de netteté des symptômes physiques s'impose : il y a sans aucun doute plaie pénétrante.

Anesthésie à l'éther : laparotomie médiane sus et sous-ombicale, de l'appendice xyphoïde à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic.

A l'ouverture du ventre, le sang liquide qui teinte la surface des anses intestinales témoigne d'une hémorragie interne. La quantité de sang épanchée dans la cavité péritonéale est d'ailleurs peu considérable : les compresses destinées à l'assèchement sont retirées plutôt fortement teintées qu'imbibées de sang.

Cependant les sources d'hémorragie sont multiples : la plupart à la vérité minimes : elles sont découvertes une à une par l'exploration méthodique des viscères abdominaux, exploration qui décède l'existence d'une plaie en s'étonnant de l'estomac sur la grosse tubérosité au voisinage de la grande courbure, à deux centimètres à peine de l'in-

section du grand épiploon. Cette plaie saigne peu. Pas de trace d'issue du contenu gastrique.

Sur le tiers moyen, approximativement, du jéjuno-iléon se trouvent réparties quatre plaies : une première plaie en séton, en plein centre de la surface intestinale, les deux orifices en regard, ont un calibre en apparence inférieur à celui de la balle qui les a créés. A cinquante centimètres plus loin environ, on trouve une autre plaie, ayant échancré assez profondément le bord libre de l'intestin : quand elle est étalée, elle a les dimensions d'une pièce de 1 franc environ : une fine artériole saigne, mais en outre par cette plaie s'échappent en assez grande abondance, des particules semi-solides, de couleur vert épinard, qui se retrouvent loin de la plaie, disséminées à la surface des anses grêles.

En continuant à dévider l'intestin apparaît une autre plaie de dimensions minimales, encore sur le bord libre de l'intestin, ayant intéressé toute la paroi y compris la muqueuse.

Mais un autre fait attire notre attention : c'est une teinte rouge brun qui colore le mésentère sur une partie de son étendue et qui témoigne d'une infiltration sanguine très notable du méso. Celle-ci est en rapports avec une plaie présentant les dimensions d'une pièce de 1 franc environ, siégeant non loin de la racine du mésentère, dans sa portion moyenne, plaie à bords irréguliers, au pourtour de laquelle les feuillets du mésentère sont disjoints par un véritable hématome : le sang s'écoule peu en dehors du mésentère, mais surtout entre les feuillets. L'hémorragie à laquelle cette plaie a donné lieu peut être estimée à environ un tiers de litre de sang. A la face profonde du feuillet gauche, on peut voir le vaisseau lésé, en partie

oblitéré : le sang s'en échappe en nappe, retenu entre les feuillets du méso par les caillots, qui accrochés aux anfractuosités de la plaie, en oblitérent la surface. Une ligature au catgut n° 1 est posée à l'aiguille fine sur le vaisseau : la plaie est suturée.

Les plaies intestinales, soigneusement repérées, et isolées dans trois grandes compresses hors de l'abdomen, sont suturées très soigneusement, la cavité péritonéale est débarrassée autant que possible des caillots qui s'y trouvent : elle est bien asséchée. Deux gros drains sont mis en place dont l'un au voisinage de la plaie mésentérique pour drainer isolément une région qui a pu être contaminée par les produits intestinaux épanchés et où l'infection est d'autant plus à redouter que l'infiltration sanguine constitue un milieu de culture plus favorable.

Le projectile n'a pas été retrouvé.

La paroi abdominale est suturée en un plan.

Les jours suivants la température oscille aux environs de 38 degrés ; les douleurs abdominales ont complètement disparu. Les drains sont enlevés dans les huit jours, quand la température est revenue à peu près à la normale.

Environ trois semaines après l'opération la blessée commence à se lever : au bout de deux à trois jours elle se plaint d'une douleur localisée dans la fosse iliaque gauche.

La température remonte à 38 degrés et au delà, atteignant 39 degrés et davantage le soir.

La palpation de la fosse iliaque révèle une douleur correspondant à un empâtement diffus. La malade est remise au repos absolu : la glace est appliquée sur la région douloureuse.

En quelques jours il est évident qu'il y a dans la fosse iliaque gauche une collection suppurée, que nous incisons. Il s'écoule une abondante quantité de pus à odeur infecte, mais non ammoniacale. Un gros drain est mis en place.

Les jours suivants, la température s'abaisse : le pus diminue progressivement d'abondance, mais on s'aperçoit qu'il y a de l'urine mélangée au pus. Le calibre du drain est peu à peu diminué, et l'écoulement est complètement tari en l'espace de un mois environ.

Nous avons pu revoir par la suite la malade en excellent état.

Contrairement aux deux cas précédents, nous avons pu voir la malade presque immédiatement après la blessure : les symptômes physiques étaient au minimum : quant aux symptômes fonctionnels et généraux ils étaient surtout sous la dépendance d'une surexcitation nerveuse très accusée. Il était très difficile dans ces conditions de déterminer la part qui revenait à la lésion méésentérique c'est-à-dire surtout à l'hémorragie : celle-ci d'ailleurs était relativement peu considérable puisque nous avons pensé ne pas pouvoir l'évaluer à plus d'un tiers de litre environ. Les choses se sont passées aussi simplement que possible au point de vue opératoire : ligature du vaisseau blessé, suture de la plaie méésentérique, suture et enfouissement des plaies stomacale et intestinales. Drainage soigné ; une complication secondaire est survenue sous forme d'un abcès constitué sans doute autour de la balle non extraite ; guérison rapide de cette complication.

En somme nous avons pu intervenir rapidement, la plaie mésentérique était minime, l'hématome intramésentérique était encore de petit volume quand nous avons opéré ; l'hémorragie mésentérique arrêtée, il ne pouvait y avoir de craintes de complication à avoir que du fait des plaies intestinales ; elles ne se sont pas produites.

La suture de la plaie mésentérique en raison des faibles dimensions de celle-ci n'était pas indispensable, elle a été faite parce qu'elle était simple et sans aucun inconvénient en raison du bon état du tissu mésentérique.

Nous attribuons le succès de l'intervention dans ce cas surtout à ce fait qu'elle a pu être pratiquée de très bonne heure, permettant d'éviter l'hémorragie, et d'obturer à temps les plaies gastrique et intestinales. Dans ces cas l'hémorragie présente un double danger, elle peut tuer par son abondance, et aussi par la diffusion qu'elle détermine des éléments infectieux qu'elle contribue à véhiculer depuis les plaies du tube digestif jusque dans tous les recessus de la cavité péritonéale.

Les lésions traumatiques du mésentère existant en dehors de toute autre lésion viscérale, et surtout les déchirures du mésentère, consécutives à la contusion abdominale sont peu fréquentes : nous n'avons pu en réunir qu'un très petit nombre d'observations.

M. Delore, de Lyon, médecin-chef d'ambulance, n'a eu personnellement l'occasion d'en retenir que deux observations qu'il a rapportées à la séance de la

Société de Chirurgie du 25 août 1915. Dans les deux cas, il s'agissait d'hommes projetés violemment au dehors d'une automobile lancée à toute vitesse. La première observation a été recueillie dans un service d'hôpital de Lyon, quelques années avant la guerre ; la seconde vient du centre chirurgical de l'avant que dirige le D^r Delore.

OBSERVATION I (Hôpitaux de Lyon)

Déchirure du mésentère consécutive à une contusion abdominale. — Opération tardive. — Mort.

Il s'agissait d'un conducteur d'autos, âgé de vingt-six ans, se tenant sur le siège à côté d'un camarade qui était au volant. La voiture s'étant arrêtée brusquement, le blessé fut projeté à terre à six ou sept mètres en avant des roues. Le blessé a bien nettement spécifié que tout le choc avait porté sur le ventre.

Trois heures après, il était amené dans le service de Poncet, tout indiquait de graves désordres internes, en particulier une sérieuse hémorragie intra-péritonéale. La face était pâle, les lèvres décolorées ; le pouls était imperceptible. L'examen du ventre révélait une sensibilité diffuse à la palpation, de la matité dans les fosses iliaques.

Malgré l'insistance du chirurgien le blessé refusa la laparotomie.

Le lendemain matin l'état s'était aggravé : le pouls était à 130. Un météorisme marqué : des vomissements bilieux, verdâtres, indiquaient le début d'une péritonite. La température était à 39 degrés. De nouveau le blessé refusa

l'intervention pour l'accepter par la suite, le soir à cinq heures, c'est-à-dire trente-sept heures après l'accident. A ce moment le facies était caractéristique, les vomissements incessants, le pouls à 135 : l'abdomen considérablement météorisé avec de la matité dans les flancs.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée. Dès l'ouverture du péritoine issue d'un flot de sang mélangé de sérosité péritonéale. Ce liquide est rapidement évacué des flancs et du petit bassin où la plus grande partie se trouve amassée, et on procède à la recherche de l'organe lésé. Celui-ci se découvre rapidement : sur la partie moyenne de l'intestin grêle, une anse intestinale longue de dix à douze centimètres est désinsérée de son mésentère au niveau de l'insertion. Il n'y a du reste pas d'ouverture intestinale, et la continuité intestinale est parfaitement respectée. La tranche mésentérique saigne encore et entre les deux feuillets du méso on constate une infiltration de sang. Étant donné le doute sur la vitalité du segment intestinal désinséré, résection de ce segment suivie de rétablissement par suture bout à bout au catgut fin. Opération terminée par hémostase du mésentère, fermeture de l'orifice mésentérique, suture de la paroi en un plan, sérum artificiel, huile camphrée.

Mort trente-six heures après l'intervention : à l'autopsie pas d'autre lésion que celle indiquée.

OBSERVATION II (Ambulance de l'avant)

Déchirure du mésentère avec rupture d'une branche artérielle importante, consécutive à une contusion de l'abdomen. — Laparotomie. — Guérison.

29 juin 1915. — A huit heures du soir, arrive au centre chirurgical de V. le chauffeur S..., victime d'un grave

accident d'automobile. Dans l'après-midi, en descendant une forte côte à toute allure, la voiture ayant rencontré un obstacle, les deux chauffeurs sont projetés à terre à une grande distance. Le blessé se souvient d'être tombé assis et légèrement incliné sur le côté gauche. Environ trois heures après la chute, il est amené à l'ambulance. Le blessé se plaint de souffrir du ventre et de la cuisse gauche. Il a toute sa connaissance. Il ne présente aucun signe de fracture des membres, du bassin ou du crâne. Le pouls est lent, bien frappé : le blessé urine normalement : on note seulement un petit vomissement à l'arrivée et du côté de l'abdomen :

1° Un léger ballonnement du ventre qui est un peu douloureux à droite et à gauche, sans point précis;

2° Pas de défense nette de la paroi, ni de contracture;

3° Tympanisme généralisé, disparition de la matité hépatique.

Cependant l'état général étant bon et aucun signe ne permettant de porter un diagnostic précis, le Dr Delore décide d'attendre. Le lendemain 26 juin, la température est à 37°5 le matin, 37 degrés le soir. Le ballonnement du ventre a légèrement augmenté, les douleurs abdominales sont toujours stationnaires, pas de vomissements, le pouls est bon, sans modification. Diète complète : on attend encore.

Le surlendemain la température est à 38 degrés le matin, 38°5 le soir. Tympanisme et ballonnement se sont nettement accentués. Douleurs plus vives. Pas de vomissements.

Le toucher rectal décèle une légère tension du cul-de-sac péritonéal mais peu accentuée. On donne un grand lavement d'eau bouillie qui amène des selles abondantes mais sans résultat sur la distension abdominale.

Le 28 au matin, le Dr Delore, porte nettement le diagnostic d'hémorragie interne. La température est à 40°5. Le ballonnement est considérable, sans contracture. Le pouls est bien frappé, mais rapide. Le lieu de rupture reste douteux : rate, foie, mésentère. A 8 heures du matin, le 28, l'intervention est pratiquée : laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On trouve une très grande quantité de sang dans le ventre, un litre au moins : on l'étanche tant bien que mal en tamponnant. L'examen du foie est négatif, celui de la rate également. On attire alors en dehors deux ou trois anses grêles pour voir l'état du mésentère. On ne tarde pas à découvrir au niveau d'une large ecchymose, une déchirure mésentérique, près de la racine du mésentère, longue de 5 à 6 centimètres environ qui saigne encore, par rupture d'une branche artérielle mésentérique importante. Le vaisseau est lié, l'orifice mésentérique suturé; après s'être assuré qu'il n'y a pas d'autre lésion, suture de la paroi en trois plans, sans drainage. Suites simples. Le soir la température tombe à 38°4. Pouls normal. Le lendemain la température descend définitivement à la normale.

Les fils sont enlevés le 7 juillet. Réunion par première intention. Le 19 juillet l'opéré se lève, mange et est évacué.

Nous avons recueilli un autre fait de déchirure du mésentère consécutive à une grave contusion de l'abdomen : c'est celui que M. le Dr Le Fort (de Lille) a rapporté à la séance de la Société de Chirurgie du 22 novembre 1916.

Contusion de l'abdomen

Déchirure étendue du mésentère. — Mort rapide.

Dans ce cas il s'agissait d'une lésion anatomique de la plus grande gravité : un segment d'intestin de plus de 2 mètres, comprenant la fin de l'iléon, le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant, trouvé au cours d'une laparotomie, désinséré de la paroi abdominale postérieure. L'arrachement de toute la partie inférieure du mésentère et du méso-côlon droit avait provoqué une hémorragie interne considérable.

La laparotomie fut pratiquée quelques heures après le traumatisme, réalisé par un écrasement par une pièce de canon lourd, l'hémostase spontanée était faite, le blessé n'ayant plus de sang à perdre.

La suture hémostatique de la courte tranche postérieure mésentérique, la fixation à la paroi des extrémités fixes du grêle et du côlon, la section hors du ventre des anses désinsérées eurent lieu sur un moribond que les moyens classiques furent impuissants à ranimer. Il n'y avait aucune lésion viscérale.

Il est évident que dans des cas de pareille gravité le diagnostic de la nature, du siège, de l'étendue de la lésion est impossible : il ne se fait qu'à la laparotomie qui s'impose sans discussion possible ; quant à l'acte opératoire, il sera ce que commanderont les lésions découvertes ; ces lésions étant elles-mêmes de la plus haute gravité entraîneront à une intervention, elle aussi extrêmement grave. Ce sont les cas désespérés

de la chirurgie d'urgence, l'hémorragie a été si abondante et le shock tel qu'on ne peut opérer que sur un moribond.

Duponchel rapporte deux faits de plaies du mésentère d'une part et plaies du mésentère et du mésocolon transverse, plaies peu étendues d'ailleurs mais qui ont entraîné la mort par l'abondance de l'hémorragie déterminée : ce qui lui fait dire que les plaies des méso sont toujours extrêmement graves. Le premier de ces deux faits est le suivant :

OBSERVATION n° 91 (Duponchel)

Déchirure du mésentère

S..., blessé le 15 avril 1915, vu et opéré le 16 avril 1915, quatorze heures après la blessure.

Orifice d'entrée du projectile dans la fosse iliaque interne gauche. Paroi contracturée, peu douloureuse. Pas de vomissement. Pas de gaz. Blessé très shocké. Température : 36 degrés. Pouls filiforme, incomptable ; syndrome hémorragique, sérum, huile camphrée, réchauffement. Légère amélioration mise à profit pour intervention. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. A l'ouverture de la séreuse un litre de sang dans le ventre. Déchirure du mésentère à sa base : tout le mésentère est infiltré par un volumineux caillot. L'hémorragie semble arrêtée : on ne trouve rien qui saigne, suture de la déchirure mésentérique. Erosion du péritoine d'une anse : enfouissement ; on ne constate pas d'autre lésion. Après intervention état général très mauvais. Mort deux heures après.

OBSERVATION n° III (Duponchel)

Plaies du mésentère et méso-côlon transverse

V..., blessé le 19 avril 1917 à 14 heures : vu et opéré le 19 avril à 21 heures. C'est-à-dire sept heures après.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Un peu de sang dans le péritoine, une perforation du mésentère, suture.

L'examen méthodique ne permet de constater aucune lésion des viscères creux, mais un hématome diffus envahissant tout le méso-côlon transverse. On ne voit pas dans le méso envahi par cet énorme caillot, le point qui saigne.

L'hémorragie semble arrêtée. Mort le 20 avril.

Les cas d'atteinte du mésentère en même temps que d'un ou plusieurs viscères abdominaux sont extrêmement nombreux : les plaies mésentériques les plus minimes se trouvant associées aux plaies viscérales les plus graves et vice-versa.

Dans le travail de Duponchel nous relevons encore le fait suivant :

OBSERVATION n° 81 (communiquée par Thibierge)

Contusion de l'abdomen. — Déchirure du mésentère.

Plaie contuse de l'intestin. — Intervention. — Guérison.

D. A..., blessé le 23 novembre 1916, opéré une heure après la blessure. Coup de pied de cheval porté de loin, ayant atteint l'abdomen un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Aucune douleur spontanée. Pas de vomissement. Pouls 90. Pas d'altération du facies, défense de toute la paroi abdominale : elle ne respire pas. Pas de matité dans les flancs. Matité hépatique normale. Rien au toucher rectal.

Laparotomie médiane : un peu de sang dans le péritoine.

Déchirure de l'épiploon : résection de la moitié gauche.

Perforation contuse de 1 centimètre de diamètre d'une anse grêle : l'anse est dilatée et vascularisée ; suture en deux plans, après avivement.

Large déchirure du mésentère d'une autre anse : surjet.

Le péritoine postérieur en dedans du côlon descendant est noir et bombe fortement. Une petite déchirure laisse échapper quelques gouttes de sang noir, à chaque respiration. Il est impossible de se rendre compte de la situation des vaisseaux cœliques. Décollement de toute la moitié gauche du côlon avec son méso jusqu'à la ligne médiane : un demi-litre environ de caillots. L'hémorragie vient d'une rupture de l'artère spermatique : ligature des deux bouts.

L'uretère est intact. Drainage du plan de clivage par un orifice fait en ponctionnant au bistouri la paroi abdominale postérieure. Paroi en un plan. Drain dans le Douglas.

Suite simples. Ecoulement abondant du sang par les drains. Rend des gaz le 25 novembre. Ventre souple. Le 30 novembre, selle moulée. Evacué le 26 décembre.

Nous trouvons un autre cas de lésion assez étendue du mésentère coexistant avec une plaie intestinale unique dans le n° du 24 juin 1915, de *la Presse médicale*. C'est l'observation d'un blessé opéré par M. Gaulier, et rapportée par M. Viguier.

Déchirure du mésentère sur 10 centimètres, par balle.

Intervention. — Guérison

X..., plaie par balle à 1500 mètres. Entrée fesse gauche. D'abord pas de symptômes abdominaux : puis contracture et douleur de l'abdomen à droite. Laparotomie douze heures après. Issue d'un demi-litre de liquide rouge noirâtre. Anses rouges et dilatées. Plusieurs contusions sur l'intestin grêle. Perforation de 1 centimètre sur l'S iliaque. Déchirure du mésentère sur 10 centimètres : suture. Fermeture sans drainage.

Laissé dix jours après à une autre ambulance en parfait état.

Les faits peuvent être encore infiniment plus complexes : des observations très nombreuses auront pu être rapportées au cours de cette guerre, de plaies pénétrantes de l'abdomen s'étant accompagnées de lésions multiples de l'intestin et de lésions multiples du mésentère, tout à la fois. Selon l'état du blessé le chirurgien a été amené à choisir telle ou telle ligne de conduite, tantôt il a dû s'abstenir de toute intervention : tantôt il a dû pratiquer des opérations qui l'ont entraîné souvent à des résections intestinales et mésentériques multiples et étendues qu'il aurait voulu pouvoir éviter. Ces graves interventions ont abouti souvent à un insuccès, mais il faut reconnaître que l'insuccès n'est pas l'apanage des interventions les plus graves : la mort a suivi de près des interventions de gravité moyenne, et quelquefois des blessés ont sur-

vécu à des interventions de la gravité la plus considérable. La série d'observations que nous consignons ici en fait foi.

M. Abadie, dans son ouvrage sur les blessures de l'abdomen cite un blessé, chez qui deux segments d'anse intestinale grêle ont dû être réséqués pour plaies ayant intéressé à la fois intestin et mésentère. Le blessé a été opéré à la neuvième heure. Il présentait sur le premier segment de l'intestin grêle, réparties sur une longueur de 30 centimètres, trois perforations ayant intéressé à la fois intestin et mésentère, et en outre deux plaies du mésentère seul pour le même segment intestinal. Une résection de 35 centimètres d'intestin grêle fût effectuée et on pratiqua l'anastomose bout à bout.

Sur un autre segment de l'intestin grêle, réparties sur une longueur de 25 centimètres, une large perforation du grêle déterminant la section transversale des deux tiers et deux perforations tangentielles du grêle désinsérant le mésentère ; une résection de 30 centimètres de grêle fut pratiquée pour ces lésions, et l'anastomose fut faite bout à bout. Assèchement du ventre aux compresses : 100 grammes d'éther. Cet homme avait été blessé le 8 juin. A partir du 21 juin des complications pulmonaires se manifestèrent : broncho-pneumonie diffuse du poumon droit : signes de fonte purulente en des points multiples diminués à droite puis à la base gauche et mort alors que sans aucun doute les lésions intestinales étaient cicatrisées.

Le même auteur cite encore le fait suivant :

Le blessé D..., opéré cinq heures après sa blessure, présentait :

- 1° Une perforation du rectum : Suture.
- 2° Une perforation de l'appendice : Appendicectomie.
- 3° Trois perforations dont deux conjuguées, du grêle : Résection de 8 centimètres. Anastomose bout à bout.
- 4° Une large perforation du grêle : Résection de 6 centimètres d'intestin. Anastomose bout à bout.
- 5° Trois perforations minimales du grêle avec trois perforations du mésentère, compromettant la vitalité de l'anse : Résection de 12 centimètres. Anastomose bout à bout.
- 6° Une perforation du mésentère : Suture. Guérison.

Ces deux cas de lésions multiples de l'intestin et du mésentère, présentaient à peu de chose près, la même gravité, c'est-à-dire une gravité considérable : pour le premier il est permis de croire que l'intervention aurait été suivie de succès puisque la mort est survenue par complications pulmonaires, celles-ci n'ayant commencé à se manifester que plus de douze jours après l'intervention, date à laquelle les lésions intestinales sont réparées définitivement. Pour le second ce fut un succès franc. Nous sommes habitués à considérer que des interventions pratiquées dans ces conditions sont des tentatives presque désespérées.

Duponchel rapporte une observation qui lui a été communiquée par Besnard (1), la suivante :

1. Observation 107. Thèse Duponchel.

V..., blessé le 3 décembre 1916 à 11 heures, opéré le même jour à 21 heures. Plaie pénétrante du flanc droit. Plaies multiples de la face et des membres. Tous signes de pénétration abdominale.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On trouve une plaie minime à l'origine du jéjunum. Trois perforations du mésentère qui saignent abondamment. Deux perforations du côlon transverse.

Extraction d'un petit éclat d'obus.

Suture de ces perforations. Paroi en un plan. Décédé le 5 décembre.

Dans le même travail nous trouvons cet autre fait, communiqué à Duponchel par Thibierge (1) :

H..., blessé le 15 novembre 1916 à 2 heures. Opéré à 5 heures. Plaie par éclat d'obus à 4 centimètres à gauche de l'ombilic. Douleurs vives, diffuses, 4 vomissements, facies grippé. Pouls 116. Défense de la paroi. Pas de respiration abdominale.

Laparotomie; sang dans le péritoine. Déchirure de l'épiploon: résection du tiers gauche.

Plaie tangentielle d'une anse grêle de 1 centimètre $\times$ 2 centimètres. Avivement, suture en 2 plans. Perforation du mésentère, hémorragie: ligature d'une artériole, surjet.

Six perforations dont deux confluentes, sur des anses voisines.

Résection de 40 centimètres de grêle vers la partie moyenne. Anastomose termino-terminale.

Déchirure presque totale de l'angle splénique. Décollement étendu. Résection. Anastomose termino-terminale.

1. Observation n° 80. Thèse Duponchel.

L'éclat d'obus n'est pas retrouvé. Drainage du plan de clivage par un drain court, passé à travers une ponction au bistouri de la paroi abdominale postérieure.

Ether. Drain dans le Douglas. — Suites simples : rend des gaz le 18 novembre. On retire le drain, le 20 novembre, le ventre est souple : on enlève les fils le 7 décembre. La plaie est désunie au niveau du fil inférieur et à l'orifice de drainage. Evacué guéri le 24 décembre.

Ce blessé ne présentait qu'une lésion assez minime du mésentère qui ne pouvait menacer la vitalité de l'anse intestinale correspondante : une résection intestinale assez étendue a dû être pratiquée mais en raison des lésions intestinales existantes. Cependant la plaie mésentérique était loin d'être négligeable puisqu'elle saignait assez abondamment et qu'elle a nécessité la ligature de l'artériole lésée. Nous avons dit que les plaies du mésentère n'étaient pas seulement dangereuses quand elles étaient étendues et pouvaient compromettre la vascularisation de l'anse correspondante, elles sont dangereuses même petites, quand elles saignent, parce que l'hémorragie dont elles sont l'origine peut tuer par son abondance, et d'autre part quand elle est insuffisante pour compromettre la vie par anémie aiguë, elle favorise, associée à des plaies intestinales, l'infection rapidement généralisée du péritoine, de par le milieu de culture éminemment favorable qu'elle réalise, et en véhiculant les particules septiques qui s'échappent des plaies intestinales. Le blessé dont le cas est cité au cours de cette observation a échappé au double danger de l'hémorragie qui tue par son abondance, ou qui dissémine l'infection, en raison, sans aucun doute de ce qu'il a pu être opéré très tôt après sa blessure : trois heures environ.

Enfin, nous signalerons encore quelques faits, insérés dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 20 mars, relatant la coexistence des plaies multiples de l'intestin et du mésentère, parmi 41 observations de plaies de l'abdomen traitées avec succès à l'ambulance chirurgicale automobile n° 2. Ce sont les observations suivantes :

OBSERVATION n° IV. — Blessé le 19 juillet 1916 à 21 heures. Entré le 20 à 2 heures. Cinq perforations du grêle : une du mésentère, sutures des perforations intestinales. Hémopéritoine. Ligature de quelques vaisseaux mésentériques. Guérison.

OBSERVATION n° VI. — Blessé le 29 juillet 1916 à 17 heures 30. Entré à l'ambulance à 24 heures. Plaie à anse grêle. Extraction d'un éclat d'obus inclus dans une plaie mésentérique s'étant accompagnée d'un hémomésentère. Guérison.

OBSERVATION n° VIII. — Blessé le 12 août à 18 heures, entré à l'ambulance à 22 heures 30. On découvre six perforations du grêle. L'éclat d'obus qui a traversé le mésentère est enchâssé et enfoui sous le mésentère. Guérison.

OBSERVATION n° XXVI. — Blessé le 18 juillet à 20 heures, entré à l'ambulance le 19 juillet à 6 heures 30. Opéré 11 heures après la blessure. Plaie par éclat d'obus. Quatre perforations de l'intestin grêle : une perforation du mésentère s'étant accompagnée d'un gros hémomésentère. Guérison.

Nous trouvons encore en feuilletant des *Bulletins de la Société de Chirurgie*, un certain nombre d'observations intéressantes.

Le Bulletin de la séance du 16 juin 1915 rapporte une première série d'observations de Bouvet et Caudrelier, parmi lesquelles deux sont particulièrement instructives :

OBSERVATION n° XV (Bouvet et Caudrelier), séance 16 juin 1915. — T... du 272^e d'infanterie, blessé le 8 avril 1915 à 3 heures du matin par balle. Opéré à 5 heures, c'est-à-dire deux heures après. Plaie de fosse iliaque droite. Ventre douloureux mais souple, poulx à 100, hoquet.

Laparotomie sur le bord externe du droit : ventre plein de sang. Deux perforations du grêle ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc dans la portion supérieure du jéjunum. Deux perforations sur la partie inférieure de ce segment intestinal : l'intestin est sectionné transversalement et le mésentère est arraché sur une longueur de 30 centimètres. Suture des perforations. Résection de 30 centimètres d'intestin. Anastomose termino-terminale.

Ether. Deux drains pelviens. Hoquet pendant deux jours. Selle le cinquième jour. Guérison.

Ce succès a été obtenu malgré des plaies intestinales et mésentériques réellement très graves, et au prix d'une grosse intervention chirurgicale, au cours de laquelle on a dû pratiquer la résection de 30 centimètres d'intestin et de la partie du mésentère correspondante. Sans aucun doute la très grande précocité de l'intervention qui a pu être faite deux heures seulement après la blessure, constitue le facteur primordial de la réussite.

OBSERVATION n° XVI (même origine) Bouvet et Caudrelier. E... du 105^e régiment territorial, blessé le 12 avril à 6 heures, par balle. Opéré à 8 h. 30.

Bon état général. Ventre douloureux mais souple. Pouls à 100. Plaie de la région ombilicale.

A l'opération : ventre plein de sang. Six perforations de l'intestin grêle présentant les dimensions d'une pièce de 1 franc à la partie moyenné du jéjunum.

A partie inférieure de ce segment d'intestin, section transversale et arrachement du mésentère sur une étendue de 10 centimètres. Suture des perforations. Résection des 10 centimètres d'intestin correspondant à l'arrachement mésentérogène. Ether. Deux drains pelviens. Guérison.

Ici encore lésions intestinales et mésentériques graves : grosse intervention chirurgicale et guérison ; mais opération pratiquée deux heures et demie après la blessure.

Le Bulletin de la séance du 13 octobre 1915 nous fournit le fait suivant parmi quatorze laparotomies pour plaies de l'abdomen rapportées par Tartois.

Blessé du 168^e d'infanterie, âgé de vingt et un ans, présentant outre des plaies des membres, une plaie par éclat d'obus de l'abdomen, longue de 5 centimètres, à bords nets siégeant à trois travers de doigt au-dessous des côtes droites, le long du bord externe du muscle droit, plaie à travers laquelle fait hernie une anse grêle. Ventre tendu, dur. Etat général médiocre. Pouls à 100, irrégulier.

Intervention trois heures après la blessure.

Anse herniée nettoyée à l'éther, réintégrée. Plaie du mésentère saignant abondamment : elle est suturée. Trois plaies du grêle sur l'anse immédiatement sous-jacente.

Intestin presque complètement sectionné. Résection de l'anse sur environ 5 centimètres : anastomose latéro-latérale. Ether. Deux drains, 4 mèches. Contre-incision sus-pubienne. Guérison.

De nouveau cette observation signale des lésions intestinales et mésentériques très graves : il existe une plaie du mésentère saignant abondamment : elle doit être suturée. Une résection de 5 centimètres de grêle doit être pratiquée sur l'anse intestinale immédiatement sous-jacente à celle dont le mésentère a été blessé ; il y a donc là des motifs de craindre que la circulation mésentérique soit très notablement gênée. Malgré cela aucune complication de cette nature ne se manifeste et la guérison est obtenue. Il est à remarquer que l'intervention a pu être faite de très bonne heure : trois heures après la blessure.

Dans le Bulletin de la séance de la Société de Chirurgie du 22 septembre 1916 nous relevons parmi les 65 observations de blessés opérés par ces auteurs, les observations suivantes :

OBSERVATION n° XVII (Bouvet et Caudrelier)

« P..., 9^e génie, blessé par balle de shrapnell le 11 juillet
« à 9 heures, opéré à 9 heures 40, c'est-à-dire quarante
« minutes après la blessure.

« Orifice d'entrée : flanc gauche.

« Orifice de sortie : Région lombaire gauche.

« Contracture localisée à gauche. Pouls 80. Vomissement aussitôt après la blessure.

« Opération. — Sur une anse grêle de 80 centimètres, neuf

« grosses perforations et plusieurs déchirures du mésentère, suture de cinq perforations : résection de 25 centimètres d'intestin ; suture termino-terminale.

« Ether, pas de drain. Revu vingt jours après allant très bien. »

A noter encore la très grande précocité de l'opération.

OBSERVATION n° XX (même origine)

« D..., soldat au 16^e bataillon de chasseurs, blessé par éclats d'obus le 19 juin à 10 heures : opéré à 3 heures de l'après-midi, donc cinq heures après.

Arrachement de l'avant-bras gauche, plaies de face.

Plaies multiples de la fosse iliaque gauche.

Opération : sur une anse longue de 1 m. 50, sept perforations du grêle dont deux sections et deux larges plaies mésentériques.

Résection de 1 m. 80 d'intestin grêle.

Mort 3 heures après. »

Ces cas étaient très complexes : l'état de shock était grave non seulement en raison des lésions viscérales mais aussi des plaies de la face et des membres. D'autre part on a dû réséquer une très longue portion d'intestin : bien que l'intervention ait été précoce, puisque pratiquée cinq heures après la blessure, les circonstances étaient éminemment défavorables.

OBSERVATION n° XXI (même origine)

« B...J., du 161^e d'infanterie, blessé le 27 juin par éclats de bombe à 18 heures : opéré deux heures après.

Plaies multiples des cuisses. Plaies de fosse iliaque et épigastre.

Ventre en bois, très douloureux. Vomissements noirâtres. Pouls à 120.

A l'opération : Ventre plein de sang. Une perforation iléo-cæcale. Deux perforations de l'Iléon, six perforations du jéjunum. Deux perforations atteignant à la fois le jéjunum et le mésentère.

La suture est pratiquée pour toutes les perforations.

Les plaies mésentériques sont assez étendues pour nécessiter la résection de 7 centimètres d'intestin grêle.

Anastomose termino-terminale.

Ether. Guérison ».

Malgré la multiplicité et la gravité des lésions intestinales et mésentériques, l'intervention est suivie de succès : mais la résection intestinale a été de minime importance, et l'opération pratiquée deux heures après la blessure.

OBSERVATION n° LII

« P..., du 151^e d'infanterie, blessé par E. O. le 13 juin au soir. Opéré deux heures après.

Ventre en bois. Vomissements. Pouls à 125.

Grande quantité de sang dans le ventre : huit grosses déchirures du grêle et grosses perforations du mésentère.

Résection de 1 m. 60 d'intestin. Anastomose termino-terminale. Ether, pas de drain.

Mort dans la nuit. »

Comme dans le cas signalé à l'observation n° XX, une résection intestinale très étendue en raison des plaies mésentériques a dû être pratiquée : 1 m. 80 dans un cas, 1 m. 60 dans l'autre. Malgré la précocité de l'intervention la mort est survenue et très rapidement.

Voici encore deux observations intéressantes, empruntées au Bulletin de la séance de la Société de chirurgie du 31 octobre 1906 :

Plusieurs plaies intestinales avec plaie du mésentère distendu par un gros hématome (Dionis du Séjour).

Il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, qui a reçu dans l'abdomen une balle de revolver à 3 heures de l'après-midi.

L'opération immédiate est refusée par la famille.

A 6 heures du soir, symptômes nets de perforation. Contracture générale des muscles abdominaux. Pouls 160.

Le lendemain matin signes nets de péritonite. Vomissements. Intervention dix-sept heures après la blessure.

Ecoulement d'une certaine quantité de sang noirâtre.

Plaie en sétou du bord libre du côlon transverse.

Perforation de part en part d'une anse jéjunale avec orifices oblitérés par bouchons muqueux.

Une autre perforation tout près de l'angle duodéno-jéjunale. Toutes ces perforations sont suturées à la soie fine.

Le mésentère distendu par un gros hématome a été perforé : la plaie mésentérique est l'origine du sang épanché dans l'abdomen.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Drainage du Douglas par partie inférieure de la plaie. Suites normales au point de vue abdomen mais de la bronchite apparaît au troisième jour. La plaie a légèrement suppuré. Une quinte de toux provoque l'éventration totale avec issue de la masse intestinale. Réunion en un

plan sous chloroforme. Deux drains enlevés au cinquième jour. Ablation des fils le huitième jour.

Guérison.

Cette observation nous montre un mésentère distendu par un gros hématome : aucune complication d'ordre circulatoire ne survient, puisque malgré un incident grave la guérison est obtenue.

A la même séance de la Société de Chirurgie le D^r Lucien Picqué rapporte une observation du D^r Piéri de Marseille concernant

Une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu avec quinze perforations de l'intestin dont un certain nombre intéressant le mésentère.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, blessé par une balle de revolver de 7 millimètres, ayant pénétré au niveau de la pointe du sacrum et traversé de part en part l'abdomen pour ressortir sur la ligne médiane à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

A l'entrée du blessé aucun symptôme de perforation viscérale, seule une légère défense musculaire et sauf la notion de la balle ayant traversé l'abdomen de part en part l'abstention aurait été plutôt indiquée : l'intervention est pratiquée immédiatement, c'est-à-dire, cinq heures après la blessure.

Quatorze plaies dont la plupart intéressent à la fois intestin et mésentère sont suturées.

Une autre plaie a fait des dégâts tels que les deux plaies sont réunies en une seule : résection du segment intestinal. Malgré la présence de fausses membranes et de

matières fécales, suture de la paroi sans drainage. Guérison.

En commentaires de cette observation l'auteur se félicitait d'avoir malgré les classiques suturé purement et simplement les plaies siégeant sur le bord mésentérique de l'intestin : cette technique était d'ailleurs la bonne puisque nulle part il ne s'est fait de phénomènes de nécrose. Au reste elle n'était nullement en contradiction avec l'opinion classique pour laquelle les plaies du bord mésentérique de l'intestin nécessiteraient l'entérectomie et non la fermeture simple, mais seulement toutes les fois où les perforations mesureraient au moins trois à quatre centimètres.

Nous ne rappellerons que pour mémoire que le mésentère peut être lésé gravement au cours de certaines interventions chirurgicales et en particulier au cours des opérations gynécologiques et obstétricales.

Dans le *Journal de Chirurgie* de février 1911, M. Guibé signale un fait rapporté par J. Grékoff de Saint-Petersbourg, qui au cours d'un curettage pour rétention placentaire, amena à l'extérieur une anse grêle. A la laparotomie pratiquée douze heures plus tard, il trouva au fond de l'utérus, une fente de deux à trois centimètres dans laquelle était étranglée une petite anse grêle : cette anse présentait deux plaies et un arrachement du mésentère sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Il pratiqua la résection de 25 centimètres d'intestin et l'hystérectomie. La malade guérit.

Il est évident que de tels accidents constituent une extrême rareté : l'état de l'opérée après l'intervention et de façon plus ou moins rapide attire l'attention : la laparotomie est alors indiquée, et c'est en la pratiquant que le diagnostic de plaie mésentérique coexistant ou non avec une ou des plaies intestinales, peut-être fait.

LES SYMPTOMES DES PLAIES DU MÉSENTÈRE ET LEUR DIAGNOSTIC

L'analyse de ces diverses observations nous montre combien il est difficile de poser dès les premières heures le diagnostic de lésion traumatique grave, plaie, déchirure, rupture du mésentère ou d'un méso en général. Il est bien classique de dire que, outre le choc nerveux d'intensité variable, l'issue dans la grande cavité péritonéale, de matières fécales, d'urine ou de sang, donne des phénomènes immédiats identiques, c'est-à-dire : douleur diffuse dans l'abdomen à distance du point atteint par le corps contondant en cas de contusion profonde de l'abdomen, douleur existant spontanément, c'est-à-dire en dehors de tout examen de la part du chirurgien, le blessé ne pouvant ni tousser ni s'asseoir, les mouvements respiratoires étant non moins pénibles et douloureux, la contraction des droits, très importante, apparaissant de très bonne heure après l'accident. Mais les quelques observations de lésion isolée du mésentère, ou de lésion du mésentère associée à d'autres lésions viscé-

rales secondaires, que nous avons rapportées, ne confirment en aucune façon cette donnée générale.

Au contraire dans le cas de notre blessé de Boucicaut, les phénomènes douloureux ne sont survenus qu'assez tardivement ; ils se sont amendés, en somme, aisément et rapidement ; le blessé se mobilisait avec la plus grande facilité, puisqu'il a pu, pour une miction, se mettre très alertement à genoux sur son lit : la douleur réveillée à la palpation était inconstante et très minime, et d'autre part aucune contracture des droits n'a pu être constatée. Cependant, la plaie mésentérique avait saigné abondamment : voilà donc des faits qui battent en brèche l'opinion classique.

Pour le blessé de Boucicaut, comme pour celui de Saint-Louis, durant les premières heures, la lésion est restée absolument silencieuse : les deux blessés ont pu marcher et rester dans la station debout un très long moment, et quand les premiers symptômes se manifestèrent un peu nettement, ils furent réalisés par des phénomènes douloureux plus ou moins diffus, des symptômes d'hémorragie, peu nets eux-mêmes au début, et qui durent être recherchés très minutieusement ; puis apparurent plus tardivement les symptômes physiques de l'épanchement intra-péritonéal, sans contracture des droits.

L'évolution insidieuse du début paraît un fait si capital que Duponchel a pu dire qu'il existait au point de vue symptomatologique une analogie très réelle entre les plaies du méso et les plaies de la rate. Il rapporte, en effet, parmi de nombreuses observations

de plaies de l'abdomen, un fait de plaie pénétrante thoraco-abdominale avec blessure grave de la rate (1), dans laquelle huit heures après la blessure la pénétration restait douteuse, tant les symptômes étaient négatifs : pas de réaction abdominale, pas de contraction, palpation non douloureuse : pas de vomissements, état général bon, avec pouls cependant un peu petit et rapide : ce n'est que deux heures après c'est-à-dire dix heures après la blessure que l'état s'est aggravé : d'une façon très rapide alors se manifestèrent des symptômes d'hémorragie de la plus grande gravité, et le blessé fut trouvé agonisant, sans s'être plaint et paraissant dormir.

Pour notre part, nous pensons que la différence est très grande entre les phénomènes traduisant les réactions péritonéales qui suivent l'épanchement intra-péritonéal de matières fécales ou d'urine et ceux qui suivent l'épanchement intra-péritonéal de sang.

Quelle que soit la source de l'hémorragie qui s'écoule dans la grande cavité péritonéale les symptômes restent les mêmes : quels sont par exemple les deux ordres de symptômes capitaux de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine, qui peut être considérée comme le type de l'hémorragie intra-péritonéale ?

Ce sont les signes fonctionnels de l'hémorragie, et les signes physiques de l'épanchement intra-abdominal, à peu près réduits à une matité à limites plus

1. Th. Duponchel, obs. n° 46.

ou moins précises : il est rare de trouver de la défense de la paroi. Malgré l'opinion classique : le ventre reste généralement souple, à peine douloureux à la palpation. Après la douleur brusque du début qui a traduit le moment précis de la rupture tubaire, la douleur spontanée s'atténue rapidement et ne subsiste que très minime : ce qui domine alors, c'est une tendance à la syncope plus ou moins accusée et le plus souvent de plus en plus accusée.

Tout autre est le tableau clinique révélateur de l'ouverture d'un ulcus de l'estomac ou du duodénum : douleur initiale très violente, qui ne s'atténue guère et reste en tous cas très intense, vomissements presque immédiats, contracture des droits à peu près contemporaine de la douleur initiale, élévation de la température survenant très rapidement, état général profondément altéré avec facies caractéristique.

Il n'est pas niable que toute comparaison est impossible entre le tableau clinique qui traduit l'ouverture de l'intestin dans le péritoine et celui qui traduit l'hémorragie intra-péritonéale.

Il est évident aussi que l'hémorragie intra-péritonéale se traduira de façon très différente selon l'abondance et la rapidité de l'écoulement sanguin. Les symptômes seront naturellement d'autant plus discrets que l'hémorragie se produira plus lentement. L'hémorragie par blessure du mésentère peut être dans la grande majorité des cas une hémorragie lente, puisqu'elle se fait généralement plus dans l'épaisseur du mésentère, qu'en dehors de lui, dans la

grande cavité péritonéale : c'est ce qui explique son caractère insidieux et sa manifestation tardive.

Quant à la contracture des muscles grands droits, elle ne peut en aucune façon être considérée comme le signe révélateur d'une plaie du mésentère qui saigne : si elle existe, elle est la conséquence de la blessure de la paroi abdominale, contusion ou plaie. La meilleure preuve en est l'intervention inutile souvent pratiquée sur la simple constatation de la contracture des droits ou d'un droit, et au cours de laquelle aucune blessure profonde ne peut être constatée.

Il est inutile d'insister sur ce fait que selon la gravité de la lésion mésentérique, les symptômes sont différents en netteté, en intensité.

La simple ecchymose mésentérique que l'on découvre au cours d'une intervention inutile ou pour plaies ou ruptures intestinales, passe inaperçue si elle n'est pas constatée de visu ; elle ne peut manifester son existence par aucun symptôme particulier.

La fissure du mésentère, intéressant un seul feuillet peu profondément, et donnant lieu à un hématome intra-mésentérique de petit volume, ne donne lieu qu'à des phénomènes très vagues qui ne permettent pas de soupçonner une blessure profonde ou d'affirmer qu'un saignement s'est produit.

La fissure intéressant toute l'épaisseur du mésentère qui se trouve perforé par une sorte de boutonnière de dimensions plus ou moins considérables, constitue la lésion qui, intéressant un plus ou moins

grand nombre de branches vasculaires, se révèle par l'ensemble de symptômes que présentait notre blessé de Boucicaut, ces symptômes ayant un caractère de netteté variable selon l'abondance de l'hémorragie. Enfin quand l'intestin est rompu, le mésentère présente toujours une déchirure d'étendue variable allant de l'insertion intestinale à l'insertion rachidienne, déchirure pouvant atteindre tous les degrés, depuis la petite fissure juxta-intestinale, jusqu'à la rupture du mésentère sur toute sa hauteur. Le tableau clinique dans ces conditions présente le maximum de netteté : les signes d'hémorragie s'associent dans des proportions variables selon les dimensions de la plaie mésentérique, aux signes de rupture intestinale ; en tous cas le diagnostic de lésion viscérale grave s'impose d'emblée.

Dans d'autres circonstances encore, le diagnostic de lésion profonde grave s'impose et la nature des signes qui la manifestent doit faire penser à la nature de la lésion. Il s'agit des cas où, au cours de certaines contusions, de violence apparente peu considérable, il se produit une désinsertion mésentérique de l'intestin, le plus souvent désinsertion étendue de l'intestin, sans rupture de celui-ci, dont la paroi reste absolument intacte : c'est une lésion qui saigne généralement de façon très abondante. L'hémorragie est rapide, très grave, elle ne peut passer inaperçue et nous le répétons, son origine doit être soupçonnée.

En somme la lésion traumatique du mésentère se

révèle selon son degré de gravité par les symptômes plus ou moins tôt apparus d'une hémorragie interne dont on diagnostique aisément la localisation à l'abdomen d'après les anamnestiques, la douleur signalée et l'apparition d'une zone de matité à limites plus ou moins précises.

En réalité quand une contusion de l'abdomen sera suivie à plus ou moins bref délai de phénomènes même frustes d'hémorragie interne accompagnés ou non de phénomènes douloureux, on devra penser à une déchirure du mésentère et agir en conséquence. Seul l'état de shock pur et simple pourrait prêter à confusion, mais il faut se souvenir que l'état de shock survient immédiatement après l'accident, il en est le contemporain, tandis que les phénomènes traduisant une hémorragie qui se fait lentement, ne surviennent qu'un certain temps après.

LE TRAITEMENT DE LA PLAIE DU MÉSENTÈRE

Nous avons vu combien est vague la symptomatologie de la lésion traumatique du mésentère, en tant que lésion isolée, produite au cours d'une contusion de l'abdomen, les signes d'hémorragie seuls, nous le répétons, peuvent la faire soupçonner.

Ces signes sont-ils évidents ? la conduite à tenir s'impose. Toute hémorragie intra-péritonéale, quelle que soit sa source, commande l'intervention aussi précoce que possible : à l'ouverture du ventre le point qui saigne est constaté ; le diagnostic de plaie mésentérique qui a pu être porté, est infirmé ou confirmé.

Les signes d'hémorragie sont-ils peu nets ? Que faire ?

A notre avis il n'y a pas à hésiter, il vaut sans aucun doute infiniment mieux faire une opération inutile que de s'abstenir et de laisser passer le moment favorable. Cela est la règle absolue pour tous les cas où il y a le moindre doute ; cette réalité est admise par tous les chirurgiens ; il faut opérer et le plus tôt sera le mieux. Si le blessé est dans un état de shock grave,

il faut lutter contre cet état ; si l'abondance de l'hémorragie est assez peu considérable pour que l'hémorragie ne révèle pas son existence d'une façon tout à fait nette, il faut utiliser les moyens ordinaires avec prudence mais aussi sans peur exagérée, sérum, huile camphrée, spartéine, caféine etc. Remonter l'état général du blessé et opérer au plus vite, voilà ce qu'il faut faire.

Il est évident que le traitement de la plaie mésentérique sera différent selon la localisation exacte de celle-ci, selon son étendue, en un mot selon sa gravité. Le danger de la plaie du mésentère provient non seulement de ce qu'elle saigne généralement beaucoup et peut tuer par l'abondance de l'hémorragie qu'elle détermine, mais aussi et surtout de ce qu'elle peut atteindre gravement le rôle nourricier du méso et entraîner le sphacèle du segment d'intestin dont le territoire vasculaire a été plus ou moins complètement détruit au niveau du mésentère.

Expérimentalement on a pû fixer la règle suivante : une section longitudinale du mésentère pratiquée assez loin de l'intestin pour respecter la ligne d'arcades anastomotiques ne détermine de sphacèle de l'intestin que quand elle atteint de 20 à 30 centimètres de long.

Au contraire si on la pratique au-dessous de la deuxième arcade anastomotique, le sphacèle de l'intestin se produit avec une incision de 5 à 8 centimètres.

Il faut donc une plaie de dimensions réellement

assez considérables pour constituer une menace de sphacèle; nous pensons que pour beaucoup d'individus les chiffres indiqués ci-dessus pourraient être encore augmentés. En réalité le danger de sphacèle nous apparaît assez minime.

Telle est d'ailleurs l'opinion de M. Ombrédanne qui affirme que plusieurs grosses branches artérielles mésentériques peuvent être sectionnées et ligaturées sans déterminer de troubles circulatoires graves au niveau de l'intestin.

Au cours de nos recherches nous n'avons trouvé semblable complication mentionnée dans aucune observation de plaie même étendue ou de plaies multiples du mésentère. Peut-être est-ce d'ailleurs simplement en raison de la prudence des chirurgiens, qui, s'exagérant même peut-être quelquefois le danger, ont tenu la seule conduite logique quand il y a doute, c'est-à-dire ont réséqué largement l'intestin.

En tous cas il est une lésion mésentérique qui impose toujours la résection intestinale, c'est la désinsertion mésentérique de l'intestin. Il y a à cela deux raisons. La désinsertion mésentérique de l'intestin est toujours étendue, au moins sur 8 à 10 centimètres, le long desquels la vascularisation est complètement suspendue; d'autre part, elle est une lésion d'arrachement: au moment du traumatisme qui en est la cause, elle s'est accompagnée au niveau des segments voisins de la rupture, de tiraillements violents, de lésions traumatiques d'ordres divers, qui ont pu déterminer encore l'oblitération plus ou moins complète des

vaisseaux sur un territoire plus ou moins considérable de part et d'autre de la rupture mésentérique.

Pour les plaies fréquentes, intéressant le bord mésentérique de l'intestin et le mésentère lui-même, on est rarement amené à pratiquer la résection intestinale, à moins que ces plaies soient multiples et rapprochées, autrement la plaie est généralement de dimensions minimales, 1 à 2 centimètres. Au-dessus de ces dimensions, si la résection s'impose quelquefois, c'est que la suture d'une telle plaie intestinale déterminerait une diminution de calibre dangereux, mais ce n'est nullement la plaie mésentérique qui commande cette conduite, car exceptionnellement elle dépasse 5 centimètres, dimension maximale sur laquelle Bégouin de Bordeaux a montré qu'on pouvait lier impunément les artères du bord mésentérique.

Les plaies en boutonnière doivent être bien étendues pour nécessiter la résection d'un segment plus ou moins considérable de l'intestin : les délabrements mésentériques qui l'accompagnent doivent être bien accusés.

Nous pensons que plus on évitera l'entérectomie, plus on évitera au blessé un shock très grave et plus l'intervention aura de chances de succès. Nous estimons qu'il faut faire le minimum : juguler l'hémorragie, en ligaturant les vaisseaux qui saignent et que l'on voit le plus souvent assez aisément, et suturer la boutonnière. La suture a deux buts² : elle est hémostatique, et dans certains cas de saignement en nappe dans des tissus délabrés, elle constitue le seul moyen

de faire l'hémostase; d'autre part, elle ferme une brèche qui, si elle est de quelque dimension, pourrait, non obturée, devenir dans l'avenir, un agent d'étranglement intestinal.

Ces plaies s'accompagnent dans la grande majorité des cas d'un hématome intra-mésentérique plus ou moins considérable. Nous estimons que rien ne doit être tenté pour supprimer les caillots ainsi constitués; même si la brèche est suffisante pour permettre l'ablation des caillots, nous pensons que cette ablation ne doit pas être faite, car elle entraînerait à traumatiser des tissus déjà en mauvais état: elle favoriserait les dilacérations nouvelles et sans doute des hémorragies nouvelles.

Sauf les caillots spontanément détachés de la poche hématique ainsi constituée, et qui tombent dans la main, il ne faut rien déterger. Il faut suturer la plaie purement et simplement en veillant à ce que l'aiguille n'atteigne pas de vaisseaux et ne détermine pas de nouveau saignement. La résorption s'effectuera sans incident, s'il n'y a pas d'infection: notre blessé de Saint-Louis est un exemple du fait.

Nous considérons que l'hématome intra-mésentérique même considérable, avec l'infiltration sanguine, l'épaississement, les modifications d'aspect du mésentère et de la paroi intestinale, même sur une grande étendue, n'est pas une indication de la résection intestinale.

Cet acte opératoire doit être évité, autant que possible, il peut l'être dans la très grande majorité des

cas. Il ne faut pas que la crainte du sphacèle intestinal soit une hantise : elle est beaucoup moins à redouter qu'on ne le pense généralement.

Si l'entérectomie pour les raisons que nous avons indiquées est inévitable, elle sera pratiquée selon la méthode classique que nous ne décrirons pas ici : elle n'a rien de spécial pour ce qui concerne les lésions du mésentère. Il faut dépasser les limites de la lésion mésentérique, c'est-à-dire que la résection intestinale devra être très étendue.

L'anastomose pourra être latéro-latérale, ou termino-terminale; nous donnerions volontiers la préférence à cette dernière technique.

Mais, nous tenons à insister, l'entérectomie devra être autant qu'il sera logiquement possible, évitée. Les observations que nous avons rapportées montrent combien la résection intestinale étendue aggrave le pronostic : les résections portant sur 20, 30 centimètres d'intestin ont été assez fréquemment suivies de succès. Celles qui ont porté sur des dimensions plus considérables notamment, 1 mètre et davantage, ont été suivies de mort, et certaines peut-être auraient pu être évitées.

Il va sans dire que les lésions intestinales qui peuvent coexister avec la ou les plaies mésentériques doivent être traitées rationnellement, c'est-à-dire suture soigneuse et enfouissement.

Certains auteurs, la plupart des chirurgiens, actuellement surtout quand il existe des plaies intestinales, après avoir asséché aussi rigoureusement que

possible la cavité péritonéale, pratiquent l'éthérisation du péritoine. Cette méthode aujourd'hui très répandue, utilisée de façon courante dans les interventions gynécologiques, après les hystérectomies, plus particulièrement quand le péritoine a pu être souillé par l'écoulement plus ou moins abondant de pus issu d'une poche salpyngienne, ne donne pas de mauvais résultats. Nous ne la considérons pas pour notre part, comme indispensable; nous croyons qu'elle peut présenter dans certaines circonstances quelques inconvénients. Sans aucun doute l'éther versé dans la cavité abdominale favorise le saignement des surfaces cruentées : à ce point de vue quand une plaie du mésentère a saigné, surtout quand on a découvert un saignement en nappe, contre lequel la suture seule a pu être efficace, nous considérons l'éthérisation comme contre-indiquée. D'autre part nous avons cru remarquer que l'éthérisation de la cavité abdominale déterminait dans les jours qui snivaient l'intervention un certain degré de parésie intestinale, qui n'a d'ailleurs en général qu'un inconvénient minime : cet inconvénient cependant nous paraît être très sérieux quand une résection intestinale a été pratiquée. Plus l'intestin est parésié, plus il se laisse distendre par les gaz ; plus il est distendu, plus la solidité de la suture est compromise. Nous estimons même que chez cette catégorie de blessés, que la parésie intestinale soit la conséquence d'une éthérisation péritonéale, ou qu'elle survienne en dehors de toute éthérisation, il est indiqué de prévenir par les

moyens en notre pouvoir, les complications qu'elle peut déterminer, et cela le plus rapidement possible si dans les jours qui suivent l'intervention au cours de laquelle l'entérectomie a été pratiquée le blessé ne rend pas de gaz : si son ventre se ballonne, il ne faut pas hésiter. Il faut, au besoin à l'anesthésie locale, faire un anus artificiel, en plaçant la bouche intestinale en aval de l'anastomose, bien entendu, et à une certaine distance, c'est-à-dire à au moins vingt-cinq à trente centimètres. Nous sommes persuadé que cette façon de procéder évitera dans bien des cas la péritonite qui se déclare consécutivement à l'entérectomie et uniquement parce que la distension gazeuse de l'intestin a, en tirillant fortement sur les sutures, désuni celles-ci, agrandi les points de passage des fils, et ainsi favorisé le passage de gaz ou même de liquides septiques.

Quant au drainage nous en sommes un partisan convaincu. Pourquoi se priver d'un moyen simple de parer à une infection légère d'abord et qui sans drainage pourrait s'aggraver à devenir mortelle ? Nous nous refusons à croire le drainage dangereux et ce n'est pas parce que, certaines de nos observations nous apprennent que des blessés ayant 40 degrés de température, après des plaies ayant intéressé l'intestin, ont parfaitement guéri sans drainage que nous adopterons cette méthode. Elle a pu réussir une fois et échouer dix fois : nous préférons ne pas en courir les risques. Nous drainons même quand il n'y a pas eu de plaie intestinale : nous estimons que la plaie

mésentérique qui a saigné, a réalisé un terrain de culture tout à fait favorable. Au point de vue infection avons-nous toujours la certitude mathématique qu'il y a impossibilité absolue ? En conséquence, nous drainons systématiquement ; il faut évidemment prendre quelques précautions. L'extrémité profonde du drain ne doit pas traumatiser des tissus fragiles qu'il ulcérerait rapidement, ou tout au moins ferait saigner : il ne doit pas porter sur la plaie, il ne doit pas toucher aux sutures. Il y a là seulement une simple question de « tact ».

En tous cas, en raison de l'éventualité des divers actes opératoires que nous avons mentionnés, il importera de choisir l'incision qui donnera le plus de jour. La meilleure à notre avis sera la laparotomie médiane sus et sous-ombilicale sur laquelle selon les besoins, selon la répartition des lésions, sera branchée une incision transversale, soit à droite, soit à gauche : à droite de préférence, parce qu'elle sera plus commode pour l'intervention sur le mésentère, et qu'elle ne sera généralement pas plus malcommode pour les plaies intestinales où qu'elles soient.

Et comme ces interventions sont, dans la majorité des cas, longues ; comme d'autre part les plans musculaires abdominaux auront dû être le plus souvent longuement sectionnés il faudra suturer la paroi solidement et rapidement ; la technique utilisée par M. le Dr Walther nous paraît la meilleure, c'est-à-dire suture en un seul plan du péritoine, des muscles, et des aponévroses, aux crins couplés perdus, et suture de la peau aux crins.

CONCLUSIONS

1° Quand la lésion du mésentère est la conséquence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, son importance est relativement minime : la plaie pénétrante nécessite l'intervention chirurgicale aussi rapide que possible : la découverte de la lésion du mésentère est forcément faite à cette occasion ; elle est traitée alors, selon sa gravité, qu'elle coexiste ou non avec les plaies des viscères creux ou pleins de l'abdomen.

2° Quand la lésion du mésentère est la conséquence d'une contusion de l'abdomen, son diagnostic, dans la très grande majorité des cas, est extrêmement difficile au moins pendant les premières heures.

Les seuls signes par lesquels elle se manifeste sont ceux de l'hémorragie interne : signes fonctionnels, signes physiques, qui doivent être recherchés très minutieusement.

Leur constatation est d'autant plus difficile qu'il existe un état de shock plus ou moins prononcé.

Si dès l'accident le blessé a pu marcher, s'il s'est comporté, pendant un certain temps, comme s'il n'avait pas été victime d'un traumatisme grave, si les premiers symptômes pouvant être rapportés à une hémorragie interne, même quand ils sont frustes, ne se sont manifestés qu'une heure après l'accident, il ne s'agit pas d'un état de shock. Les phénomènes abdominaux qui apparaissent alors doivent faire penser à une lésion du mésentère.

L'apparition plus ou moins tardive des signes nets d'un épanchement intra-péritonéal, doit confirmer le diagnostic.

3° La laparotomie s'impose et comme il y a tout intérêt à la pratiquer d'aussi bonne heure que possible, il vaudra mieux opérer inutilement, en présence de symptômes frustes que d'attendre l'apparition de symptômes indubitables et se trouver en présence d'une situation irréparable.

4° L'entérectomie ne devra être pratiquée que si elle apparaît comme de la plus absolue nécessité, car elle aggrave très considérablement le pronostic.

Elle s'impose dans les désinsertions mésentériques de l'intestin : les suites en doivent être surveillées très attentivement.

5° La suture de la boutonnière, sauf au cas où elle serait de dimensions infimes, doit être faite, au moins pour éviter le danger de l'étranglement

secondaire de l'intestin dans l'orifice subsistant.

6° Le drainage doit être assuré dans tous les cas.

Vu : le Président de la thèse

LEGUEU

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie

R. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (J.) (Oran). — Blessures de l'abdomen. Collection blennorrhagie.

Duponchel (Jean). — Contribution à l'étude des plaies de l'abdomen en chirurgie de guerre d'après 119 observations inédites. Obs. 71, 80, 91, 107, 111. Thèse 1917.

Presse médicale, n° du 24 juin 1915. — Trois laparotomies avec lésions viscérales multiples pratiquées par M. Gaulier et suivies de guérison rapportées par M. Viguié (Réunion médicale de la VI^e Armée, séance du 17 mai 1915).

Journal de Chirurgie. — Lésions de l'intestin et du mésentère au cours des opérations gynécologiques et obstétricales. Grékoff de Saint-Petersbourg, obs. rapportée par M. Grubé, février 1911.

Société de Chirurgie, 1^{re} séance du 31 octobre 1906

Dionis du Séjour (Dr). — Plusieurs plaies intestinales avec plaie du mésentère distendu par un hématome.

2^{de} Séance du 31 octobre 1906

Piéri (Dr) (de Marseille). — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. Quinze perforations de l'intestin, dont un certain nombre intéressent le mésentère.

3^e Séance du 16 juin 1915

Première série d'observation, Bouvet-Caudrelier.

Observation n° XV.

Observation n° XVI.

4^e Séance du 13 octobre 1915

Tartois. — Quatorze laparotomies pour plaies de l'abdomen.

5^e Séance du 22 septembre 1916

Pascalis. — Quinze observations de plaies abdominales.

Société de Chirurgie, séance du 22 septembre 1916

Bouvet-Caudrelier. — Soixante-cinq blessés opérés pour plaies pénétrantes de l'abdomen.

Observation n° XVII.

Observation n° XX.

Observation n° XXI.

Observation n° LII.

Séance du 22 novembre 1916

Le Fort (de Lille). — Contusion de l'abdomen. Déchirure, étendue du mésentère.

Ombredanne. — Pathologie interne (Bibliothèque Gilbert et Fournier, p. 135).

Société de Chirurgie, séance du 14 mars 1917

Quarante et une observations de blessés de l'abdomen.

Guérison. Plaies de l'abdomen. Ambulance chirurgicale, n° 2.

Observation n° IV.

Observation n° VI.

Observation n° VIII.

Observation n° XVI.



